



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**A Continuidade de Cuidados à Criança,
ao Jovem e Família de Risco - Contributos
do Enfermeiro Especialista**

Cláudia Celina Costa Martins

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização


Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A Continuidade de Cuidados à Criança, ao Jovem e Família de Risco - Contributos do Enfermeiro Especialista

Cláudia Celina Costa Martins

Docente Orientadora: Prof.ª Maria Lourdes Oliveira

2012



AGRADECIMENTOS

Gostava de agradecer:

Ao Paulo, Miguel e João, pela motivação que me deram para continuar o meu percurso académico e serem sempre o meu suporte, mesmo nos momentos mais difíceis.

À Prof.^a Maria de Lourdes Oliveira por toda a ajuda e disponibilidade demonstrada na sua orientação.

Às Enf.^a orientadoras dos locais de estágio gostaria de agradecer a sua disponibilidade demonstrada e partilha de experiências. Foi bom ter-vos acompanhado no cuidar da criança e da família.

Gostaria de agradecer também às minhas colegas de equipa pelo apoio nesta viagem.

À Enf.^a Teresa Antunes agradeço a preciosa ajuda permitindo-me conciliar projectos e afectos.

À Fátima, amiga do coração, fonte de inspiração e coragem.

Aos colegas de curso, pela partilha de experiências e amizade.

*O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício,
salvaguardar os Direitos da Criança
Ordem dos Enfermeiros*

Sê a mudança que queres ver neste mundo

Ghandi

RESUMO

O presente relatório pretende traduzir o percurso efectuado ao longo das várias experiências de estágio, explicitando os objectivos traçados, as actividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados, bem como as competências adquiridas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A opção que ditou a escolha dos locais de estágio, foi a temática dos maus tratos, cuja finalidade é **melhorar a continuidade dos cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco**.

Os maus tratos são considerados um problema de Saúde Pública de grande magnitude, podendo mesmo falar-se de um flagelo social. Dada a gravidade deste fenómeno, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde assume um papel essencial na defesa dos Direitos da Criança. No seu exercício profissional o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de “qualquer forma de abuso” (OE 2007a, p.2). A detecção precoce, o apoio continuado e o encaminhamento da criança e do jovem em risco assente na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, e nos Cuidados de Transição, que se constituem como os elementos principais da intervenção do EE em ESIP convertendo-se em ganhos para a saúde. O fenómeno dos maus tratos requer uma perspectiva de **promoção da articulação** com outros serviços e instituições de modo a **melhorar a continuidade dos cuidados** à criança ao jovem e à família de risco.

Neste percurso foi possível desenvolver conhecimentos mais sólidos e conhecer outras formas de intervir junto da criança e do jovem vítima de maus tratos, e desenvolver competências específicas da área da ESIP, demonstradas através de uma análise das necessidades de saúde da criança, do jovem e da família nas várias etapas do ciclo de vida nos diferentes contextos e na adequação das intervenções de enfermagem. Foram ainda desenvolvidas, de um modo geral, as competências comuns do EE no domínio da concepção, gestão e supervisão de cuidados, formação e investigação. O resultado final foi a construção de um programa, aplicável à população alvo do meu contexto de trabalho, impulsionador de mudança nos cuidados de enfermagem e promotor de boas práticas.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Maus Tratos, Articulação de Cuidados, Direitos da Criança.

ABSTRACT

The present report is aimed to the description of the path during the several stages toward the conclusion of the specialty of Child Care and Pediatrics Nursing. The main goals and acquired competencies, as well as the work methodology used are also described. The main theme was to improve the continuity of the nursing care to the child, young and family at risk of maltreatments.

The maltreatments are regarded as a huge social problem, and can be considered as a social scourge. Considering the severity of the problem, the care-giving nurse has an important role on the defense of the Child's Rights. During their regular care-giving, they are intended to "protect the children's rights, in order to overcome any kind of abuse" (OE 2007a, p2). Early detection, continuing support, and adequate follow-up are the mainstreams of the nurse-specialist. Nonetheless, this phenomenon requires a correct co-work between different Institutions involved, which can improve the care for the children and youngest at risk for maltreatments.

During this path it was possible to develop the right know-how in order to actively act on the victims of maltreatments. Specific competencies were also developed on this field. Those were acquired both by the analysis of the specific requirements, faced in the different stage places, and on the level of the conception on the theme. The last one was established using the Family-Centered Care and the Transition Model Concepts, the most important theoretic tool used in this work. Generally the common competencies of the Specialist Nurse were developed, in regards of the conceptual model, management of the care, as well as training and investigation skills.

This approach resulted in a program, aimed to the target-population. The main goal is to promote a perceptible change in nursing care-giving on this specific matter.

Key-words: Specialist Nurse; Maltreatments; Care-giving articulation; Children's Rights.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

et al – e outros

nº – número

p. – página

s.p. – sem página

art.º- Artigo

Dr.º - Doutor

SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT-IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

DGS – Direcção Geral de Saúde

DSI – Direcção de Saúde Infantil

DL – Decreto-lei

DSP – Departamento de Saúde Pública

EE em ESIP – Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HSM – Hospital de Santa Maria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IGS – Inspecção-Geral de Saúde

LPCJR – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NACF – Núcleo de Apoio à criança e à Família

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

ONU – Organização das Nações Unidas

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAFAC – Projecto de Apoio à Família e à Criança

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSI – Programa Nacional de Saúde Infantil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
PIAF – Plano de Intervenção de Apoio à Família
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN – Recém-nascido
SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SUP - Serviço de Urgência de Pediatria
SI – Saúde Infantil
SOPed – Serviço de Observação de Pediatria
SUP – Serviço de Urgência de Pediatria
UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCI – Unidade de Cuidados Intermédios
UNICEF – United Nations Child Fund
UPA – Unidade Pluridisciplinar Assistencial
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	5
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	9
3.1. Maus-Tratos	9
3.2. Risco versus Perigo	10
3.3. Articulação em cuidados de saúde	11
3.4. Parceria de Cuidados e Teoria das Transições	13
4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE FORMAÇÃO	15
4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar	18
4.2. Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria	27
4.3. Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa	36
4.4. Unidade Pluridisciplinar Assistencial do HSM	43
5. CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO	49
6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PERCURSO DE FORMAÇÃO	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8. BIBLIOGRAFIA	61
8.1. Referências Bibliográficas	61
8.2. Bibliografia Consultada	67

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O principal objectivo é proceder a uma descrição e avaliação do percurso ao longo do último semestre no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e melhorar a qualidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

A análise reflexiva foi a metodologia utilizada no sentido de fazer sobressair os contributos obtidos em cada local de estágio para o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EE em ESIP), com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e família de risco. O meu percurso esteve intimamente ligado ao projecto de estágio, desenhado na disciplina de Opção II com a temática **melhorar a continuidade dos cuidados à criança ao jovem e família de risco**, promovendo a articulação com outros serviços e instituições.

O interesse por esta temática surgiu quando integrei o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Benfica. Por outro lado, a equipa de enfermagem, refere deficit de conhecimentos nos procedimentos a adoptar face à detecção dos factores de risco e avaliação dos cuidados a prestar a crianças, jovens e famílias em risco e no seu encaminhamento.

Este trabalho vai ao encontro dos objectivos comuns do Curso de Mestrado que apelam à demonstração de “capacidade de análise acerca do desenvolvimento que sustente a sua prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara. Compreensão aprofundada (..) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e a sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde, capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem e saber aplicar o conhecimento de outras disciplinas nos diferentes

contextos da prática clínica, desenvolvendo projectos que reflectam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados.”¹

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde assume um papel essencial na defesa dos Direitos da Criança. No seu exercício profissional, o enfermeiro tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE 2007a, p.2). A detecção, o apoio continuado e o encaminhamento, e a intervenção junto da criança e do jovem em risco (reconhecendo os pais como os principais prestadores de cuidados), constituem-se como os elementos principais da intervenção do EE em ESIP, convertendo-se em ganhos para a saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contextos de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009a, p.10). No que diz respeito às competências específicas do EE em ESIP, a OE definiu que o enfermeiro deverá “assistir à criança, ao jovem e família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança, do jovem e da família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2009a, p.19). Para BENNER (2005, p. 33); “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

Seguindo este fio condutor, optei por centrar a minha atenção em várias vertentes da problemática em estudo, fazendo uma abordagem global, uma vez que o fenómeno dos maus tratos implica promover a articulação com outros serviços e instituições, de modo a **melhorar a continuidade dos cuidados à criança, ao jovem, e à família de risco**. Os referenciais teóricos que surgiram como mais adequados à filosofia dos cuidados à criança, ao jovem e à família de risco foram O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

¹ ESEL 2011 – Regulamento de Mestrado em Enfermagem

A escolha dos locais de estágio teve por base a problemática do projecto, os objectivos e as actividades a desenvolver nos diferentes contextos. O estágio iniciou-se a 3 de Outubro de 2011 e terminou a 17 de Fevereiro de 2012 conforme cronograma em Apêndice I e os contextos são os que se apresentam:

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar

Serviço de Observação de Pediatria (SOPed) e Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria (HSM)

Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa (MAC)²

Unidade Pluridisciplinar Assistencial (UPA) do Hospital de Santa Maria (HSM)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Benfica

Este relatório contempla, numa primeira parte, a contextualização e fundamentação da problemática. Posteriormente, abordam-se os maus tratos, o risco, a articulação em cuidados de saúde e os referenciais teóricos que suportam o trabalho. De seguida faz-se uma análise crítica e reflexiva de cada campo de estágio, considerando os objectivos definidos, as actividades desenvolvidas e experiências mais significativas, no sentido do desenvolvimento de competências. No capítulo seguinte, apresento o programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica, onde descrevo e analiso as suas fases. Apresento depois, as competências adquiridas, e por fim, as considerações finais onde faço uma apreciação global do percurso e do projecto, e teço algumas considerações sobre as limitações do trabalho, realçando os pontos importantes para o seu desenvolvimento e continuidade.

²O cronograma inicial sofreu uma alteração, pois o estágio da Maternidade Alfredo da Costa (MAC) não fazia parte dos meus locais de estágio inicialmente pensados no projecto. Tinha delineado o estágio na Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria (por ser este o hospital de referência da unidade em que exerço funções) mas por motivos alheios à minha vontade (estágio recusado por motivo de obras no serviço) tal não foi possível. Esta decisão foi partilhada com a docente orientadora.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A escolha desta problemática assenta na identificação de dificuldades ao nível da organização e da prática de cuidados à criança, ao jovem e à família de risco. No percurso da minha actividade profissional, apercebi-me de diversas dificuldades no despiste, abordagem e encaminhamento de situações de maus tratos. Quando integrei o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Benfica deparei-me também com algumas dificuldades: a falta de organização e informatização dos processos; a articulação das situações de risco era apenas efectuada oralmente e de modo não sistematizado; os enfermeiros revelavam dificuldades no acompanhamento e na avaliação dos cuidados de saúde primários à criança, ao jovem e família e a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital era deficitária. Senti, por isso, a necessidade organizar os cuidados de forma holística e continuado às crianças, jovens e famílias.

Os maus tratos são considerados um problema de Saúde Pública de grande magnitude, podendo mesmo falar-se de um flagelo social³. No entanto, não está claro que isso seja o reflexo de um aumento da violência intra familiar (CANHA, 2002). A Convenção dos Direitos da Criança refere que todas as crianças têm o direito a viver com os seus pais a não ser que seja incompatível com o seu interesse superior, de protecção quando privadas de ambiente familiar, nomeadamente através de instituições apropriadas e à protecção contra maus-tratos e negligência (UNICEF, 2004).

O último relatório da ONU sobre violência nas crianças revela que cerca de 53.000 crianças entre os 0-17 anos de idade foram vítimas de homicídio; 5.7 milhões de crianças realizavam trabalhos forçados ou em regime de servidão, 1.8 milhões estavam envolvidas na prostituição e pornografia, 1.4 milhões vivem vítimas de VIH/Sida, cerca de 250.000 são usadas por forças armadas governamentais ou por grupos de oposição armada, 1.2 milhões foram vítimas de tráfico no ano 2000 e um

³Ministério da Saúde (DR, 2ª Série, n.º 236 de 5/12)

terço dos nascimentos no mundo não têm registo de cidadania (WHO/ISPCAN 2006).

Em Portugal, a experiência sobre “maus tratos” remonta a 1985, com a criação do Núcleo de Estudo da Criança Maltratada do Hospital Pediátrico de Coimbra. No primeiro estudo epidemiológico efectuado em Portugal, pelo Centro de Estudos Judiciários (CEJ), as estimativas apontavam para cerca de 30.000 novos casos por ano: 23.000 vítimas de negligência, 6000 vítimas de maus tratos físicos e 1000 vítimas de abuso sexual (AMARO, F. 1986). Actualmente, não existem mais do que estimativas. O relatório de actividades de 2010 dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e dos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e jovens em Risco (NHACJR) assinalou que os dados “não são, minimamente, representativos da incidência de casos mas sim o reflexo da capacidade de oferta de cuidados, que é condicionada pelo número de núcleos em actividade em cada ARS”. No conjunto das 5 ARS, no ano de 2010, houve registo de 3551 casos sinalizados nos Núcleos. Em 68% das situações, foi detectada a *negligência*, nas suas diversas facetas, seguida dos *maus tratos psicológicos*, *maus tratos físicos*, *abuso sexual* e *outras formas*, incluindo a *Síndrome de Munchausen por Procura*ção.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Benfica num total de 34.579⁴ inscritos, tem 4155 crianças, dos 0 aos 18 anos (12,02%), não sendo possível saber, quantas crianças estão em situação de risco. O NACJR da UCSP de Benfica foi criado através do ofício nº 570 de 29 de Julho de 2007, e a sua actividade tem sido marcada por diversas interrupções na acção de diversas equipas (ANEXO I).

A actuação neste campo tem de ser correcta, desde a suspeita e sinalização do risco à detecção e intervenção nos casos de existência efectiva de maus tratos. A World Health Organization (WHO, 2006), refere a este respeito que, “ Quando os protocolos dos serviços são baseados apenas na intuição, informação anedótica ou considerações políticas, sem terem em conta a evidência científica, os serviços podem não ser eficazes e até possivelmente danosos.” (WHO, p.50). Esta organização considera ainda, que as intervenções devem ser sustentadas na teoria

⁴ Dados retirados do programa SINUS em Julho de 2011.

apropriada e de acordo com a melhor evidencia científica disponível.” (WHO, 2006, p. 50).

A Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Comissão de Acompanhamento no Relatório de 2010) e, de acordo com o Despacho n.º 31292/08 de 5 de Dezembro de 2008. (PORTUGAL, 2008) os NACJR, devem desenvolver a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sendo indispensável para o cumprimento da sua missão a articulação interinstitucional e intersectorial.

Tomando por base o enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007c), “o enfermeiro deve assegurar a salvaguarda dos direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso (alínea b) do artigo 81º) e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (alínea b) artigo 83º). Só uma intervenção de proximidade com as populações, com os parceiros institucionais adequada pode promover cuidados de enfermagem de forma coordenada e integrada e garantir a continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

3.1. Maus-Tratos

Os “maus tratos” de crianças e jovens encerram diferentes representações da infância que condicionam uma maior ou menor tolerância da prática. As diferentes percepções do lugar que a criança ocupa na família e na sociedade reflectem as respostas das diversas classes sociais às mudanças políticas, religiosas e socioculturais ocorridas nas sociedades ocidentais, sobretudo a partir do século XVII. Para perceber o que é ou não mau trato, implica que tenhamos sempre presente as influências dos contextos socioculturais e familiares na produção e submissão a estes comportamentos, bem como os conceitos e tipologias dos maus-tratos na perspectiva legal.

Definir "Maus tratos infantis" é uma tarefa complicada, "Definir significa identificar, quantificar algo, que deverá ser feito sem ambiguidades. E, quando falamos de maus tratos à criança, fruto dos factores que nele interferem, a sua definição resultará inevitavelmente vaga" (STEVENSON 1993, p.13).

A necessidade de definir "*Maus tratos infantis*", surge em 1961, ano que marca o início das preocupações académicas, no sentido de enquadrar a problemática deste fenómeno. É, em 1962, que Kempe e seus colaboradores apresentam os sintomas e características que ajudavam a identificar crianças vítimas de maus tratos, ficando conhecido como o Síndrome de Criança Maltratada. Esta definição tinha, na opinião de SOARES (1997a:44), uma natureza fundamentalmente clínica:

"Um quadro clínico que se manifesta em crianças que receberam tratos severos, que podem ser a causa de lesões permanentes e inclusive a morte. O Síndrome deve ser ponderado em qualquer criança que apresente fracturas, hematoma sub-dural, alterações no crescimento (...). Os factores psíquicos são provavelmente de suma importância na patogénese deste síndrome, mas o conhecimento deste factor é limitado".

KEMPE (1982) dá um novo contributo na clarificação do conceito ao incluir nele criança vítima de maus tratos físicos e emocionais e ainda a criança abandonada, violada e sub nutrida. Das diferentes definições verifica-se que inicialmente os Maus-tratos começaram a ser definidos como a agressão ou dano físico não acidental infligido à criança pelos seus responsáveis. Como se constata, nesta evolução do conceito, vários contributos vieram ampliar esta concepção e pode-se verificar que ela vai alargando o seu âmbito, passando a incluir variáveis estruturais, que transcendem o espaço físico da família, para incluir também o espaço público.

Encontramos como definição de maus-tratos um “delito praticado por quem põe em risco a vida ou a saúde de uma pessoa que está sob a sua dependência ou guarda, privando-a de alimentos e cuidados indispensáveis, ou exercendo sobre ela qualquer forma de violência (física ou psicológica) (DICIONÁRIO, 2011). A Direcção Geral de Saúde (DGS) define maus tratos como “qualquer acção ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.” (PORTUGAL, 2011, p 7).

Quanto à tipologia dos maus tratos também não há uma classificação consensual. Em termos mais genéricos e académicos os investigadores costumam agrupar os maus tratos em duas grandes categorias: o abuso e a negligência. Já a DGS em 2011 prefere uma classificação com quatro categorias, distinguindo abuso de negligência: 1) Negligência; 2) Mau trato físico; 3) Mau trato psicológico e Emocional; 4) Abuso sexual (PORTUGAL, 2011).

3.2. Risco versus Perigo

Convém, também, clarificar outra dimensão deste problema, a “criança em risco” e a “criança em perigo”. A palavra risco, significa possibilidade de um acontecimento futuro e incerto; perigo (DICIONÁRIO, 2011). A DGS define risco como “um conceito mais lato que o perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança e jovem vir a sofrer de maus tratos” (PORTUGAL, 2011, p.10). Os factores de risco são “variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem,

alterações no desenvolvimento e socialização das crianças e jovens” (PORTUGAL, 2011 p.12). Existem aspectos que podem predispor ao risco: características dos pais, da criança, do contexto familiar ou sócio económico (PORTUGAL, 2008). Estas variáveis não são independentes, frequentemente reforçam-se com efeitos cumulativos: a miséria socioeconómica e a prematuridade, por exemplo. A identificação de um conjunto de factores de risco, são indicadores de uma probabilidade acrescida de ocorrência de maus tratos, mas não provam a sua existência e implicam uma investigação mais detalhada. Na detecção dos factores de risco temos que ter em linha de conta os factores de protecção que podem “remover ou minorar o impacte dos factores de risco” (PORTUGAL 2011, p.11), e os factores de agravamento e crises de vida susceptíveis de alterar “a dinâmica entre factores de risco e de protecção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos”. A identificação dos factores de risco é fundamental porque permite actuar a jusante e a montante das situações de maus tratos, ou seja, é uma função do tipo intervenção e encontra-se associada aos programas de prevenção primária, secundária e terciária com modelos de intervenção próprios.

Perigo encontra-se definido como “situação que ameaça a existência de uma pessoa ou coisa; associado ao risco” (DICIONÁRIO, 2011). O conceito de perigo adquiriu um sentido mais concreto pois ele corresponde à objectivação do risco. Considera-se existir perigo “sempre que se objectiva uma situação que antes era de risco”, mas “devido a insuficiência ou falência de factores protectores, em particular durante as crises de vida” (PORTUGAL 2011, p.20), se transforma em perigo. As situações de perigo estão consagradas no n.º 2 do art.º 3 da Lei de protecção de crianças e jovens em perigo (DL, 147/99 de 1 de Setembro de 1999).

3.3. Articulação em cuidados de saúde

A palavra articulação vem do latim *articulatióne*, “*formação de nós nas árvores, articulação*”. É o acto ou o efeito de ligar de modo coerente; organizar e estruturar (DICIONÁRIO, 2011). A articulação pressupõe que exista ligação entre duas ou mais coisas. Os modelos mais actuais procuram ultrapassar as dificuldades da família em causa através de programas multi-modais, dirigidos em simultâneo ou

sequencialmente a diversos elementos do agregado familiar. No entanto, o carácter multidisciplinar e a necessidade do trabalho em equipa e ainda a implicação de diversas instituições nesta intervenção, têm suscitado um problema a este modelo: coordenação e articulação inter-técnica e inter-institucional.

Uma articulação deficitária gera lacunas e impede a adequada provisão de cuidados à família, duplicando intervenções, por vezes em sentido contrário, ou ainda, permite à família que manipule o sistema, obtendo benefícios da falta de comunicação e da desconfiança que por vezes se faz sentir entre os serviços (MACHADO, GONÇALVES E VILA-LOBOS, 2003). Estes autores referem que seria preferível a condução da intervenção por uma única instituição, designada no contexto da articulação inter-serviços, (instituição ou técnico responsável para coordenar ou avaliar periodicamente o projecto de apoio). Segundo MACHADO, GONÇALVES E VILA-LOBOS (2003), a intervenção deverá respeitar e assentar nas competências da família sem a “colonizar” com uma “legião” de técnicos e serviços. A escolha dos níveis e estratégias de intervenção, deverá em cada caso, atender ao princípio da intervenção mínima, desde que esta permita por fim à situação de maus tratos e reponha o bem-estar dos elementos envolvidos.

O EE em ESIP, ao actuar neste contexto tem uma oportunidade única de contribuir para o modelo de colaboração inter institucional de modo a favorecer uma verdadeira continuidade dos cuidados de enfermagem. Da perícia da sua acção, pode depender alcançar-se ou não, o objectivo final que é a reintegração em segurança da criança na sua família.

A existência dos NACJR na comunidade e dos NHACJR nos hospitais são de uma relevância inquestionável, na medida em que actuam numa área sensível que pode prevenir e/ou encaminhar a criança em perigo de forma mais adequada. Foi a partir de 1985 que na saúde começaram a surgir, de modo informal, nos hospitais, os “Núcleos de Apoio à Criança e Família vítimas de maus tratos”. Posteriormente, a Lei de Bases, na alínea a, do nº. 1, da Base II, aprovada em Agosto de 1990, veio atribuir maior evidência às crianças e adolescentes, ao considera-los como dois dos “grupos sujeitos a maior riscos” e preconizando a tomada de “medidas especiais” para ambos. (APÊNDICE II)

3.4. Parceria de Cuidados e Teoria das Transições

Os referenciais teóricos que surgiram como mais adequados à filosofia dos cuidados à criança ao jovem e família de risco foram o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. A parceria de cuidados de Anne Casey, embora desenvolvida inicialmente em contexto hospitalar pode ser igualmente aplicada em contexto comunitário (CASEY, 1995 p.1061). A autora destaca os benefícios do envolvimento parental no cuidar da criança. A família “não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é mediadora entre ela e o mundo externo.” (MANO, 2002). A relação de parceria pressupõe que a criança, o jovem e a família adquiram conhecimentos e perícia no cuidar, e que desenvolvam competências e confiança nas suas habilidades.

A intervenção mínima na situação de parceria pode tornar-se mais extensiva se tal for indicado e até conveniente mas, a integridade da unidade familiar e a recuperação do seu potencial, implica a participação significativa dos progenitores (FARRELL, 1994). A colaboração assume formas diferentes porque os agregados detêm características igualmente díspares (MONTEIRO, 2003). As intervenções de enfermagem com a família da criança e do jovem em risco devem ser negociadas, baseadas no princípio da responsabilidade parental que refere que “a intervenção deve ser efectuada de modo a que os pais assumam os seus deveres.” (DL, 147/99, de 1 de Setembro de 1999)

Os pressupostos da Teoria das Transições foram utilizados com o intuito de enfatizar as necessidades de suporte de cuidados de enfermagem à criança ao jovem e família de risco, cujo objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições que conduzam a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico e integral. À mudança que ocorre a nível individual e familiar chama-se transição. CHICK E MELEIS (1986 p.25) definiram transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. Os tipos de transições que os enfermeiros encontram no trabalho com o

cliente são quatro: desenvolvimental, de doença, situacional e organizacional (MELEIS et al 2010, p.3).

A transição permeia todos os momentos da vida. Nos pontos de transição de um de um estágio para outro, ao longo do processo de desenvolvimento familiar ocorrem momentos de instabilidade, insegurança e rupturas no ciclo vital. É nestas alturas que a intervenção de enfermagem deve ser intensificada, no sentido de reorganizar os momentos transicionais. CHICK E MELEIS (1986) expõem claramente que as transições recaem no domínio da enfermagem quando elas são pertinentes à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Na prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família MELEIS (1991) citada por LOPES (2000, p.40) refere:

“A enfermeira interage (interacção), com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem) o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e o qual está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (transição); a interacção enfermeiro-cliente está organizada à volta de algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenções holísticas) e os enfermeiros usam algumas acções (intervenções terapêuticas) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar”.

MURPHY (1990) refere que o enfermeiro pode actuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção de efeitos negativos sobre o indivíduo, como por exemplo a preparação para a maternidade ou a prevenção do aparecimento do perigo, actuando antecipatoriamente em situações de risco, “tendo como objectivo a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (OE, 2002, p.9). Ao longo do meu percurso tive necessidade de articular estes referenciais com outros quadros conceptuais científicos, facto relevante e promotor de novas aprendizagens.

4. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE FORMAÇÃO

Após a caracterização da problemática em estudo e do seu enquadramento teórico, foram definidos objectivos gerais e específicos que serviram de base no processo de ensino-aprendizagem, transversais a todos os campos de estágio. Contudo, nas diferentes experiências de estágio foram delineados alguns objectivos exclusivos dos respectivos contextos (APÊNDICE III). No meu contexto de trabalho, e no último estágio deste percurso, iniciei um “programa de formação” para enfermeiros. Para este programa foram definidos objectivos e planeadas actividades que serão analisadas em capítulo próprio.

Pretendia-se com o projecto e com as actividades desenvolvidas em cada campo de estágio, melhorar a qualidade de cuidados à criança ao jovem e família de risco, promovendo a articulação com outros serviços e instituições. De acordo com a **finalidade** traçaram-se alguns **objectivos Gerais**: 1) Desenvolver capacidades e habilidades para a prestação de cuidados especializados ao nível científico, humano e técnico, à criança ao jovem e à família de risco. 2) Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na sinalização de crianças, e jovens em risco e respectivo encaminhamento. 3) Iniciar um “programa de formação” para enfermeiros da UCSP de Benfica em matéria de maus tratos, com enfoque especial na articulação e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

As aprendizagens realizadas ao longo deste percurso foram partilhadas com os meus colegas de modo a aumentar a competência nesta área. Foi importante conhecer diferentes contextos e realidades onde, em algum momento, no seu ciclo de vida, as crianças, os jovens e as famílias têm necessidade de recorrer.

O presente capítulo pretende ilustrar a aquisição de competências do enfermeiro especialista (comuns e específicas de ESIP), através do desenvolvimento de actividades e concretização dos objectivos propostos ao longo dos diversos estágios. Do conjunto de actividades desenvolvidas vão ser analisadas as mais significativas para a aquisição

de competências do EE em ESIP, tendo sido uma mais-valia para a construção do projecto.

Foi utilizado a revisão sistemática da literatura sobre a temática; normas e protocolos; observação participante e entrevistas exploratórias. Construi um Guião de Entrevista (APÊNDICE IV) aplicado aos enfermeiros dos serviços. A escolha desta metodologia pareceu-me adequada, uma vez que a observação “consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio de observação directa dos comportamentos dos sujeitos ou de acontecimentos num dado período de tempo.” (FORTIN, 2003, p. 241-42). A mesma autora, citando WEICK (1969, p. 360) refere, ainda, que a “observação consiste em seleccionar, provocar, registar e codificar o conjunto dos comportamentos e dos ambientes que se aplicam aos organismos *in situ* ligados aos objectivos da observação do terreno.” POLIT et al (2004, p. 269) acrescentam que “a criatividade da observação estruturada não reside na observação em si, mas na formulação de um sistema de classificar, registar e codificar as observações e a amostragem dos fenómenos de interesse.”

É importante destacar outro objectivo definido nos diversos contextos de estágio: **Analisar os instrumentos de avaliação da dor e as intervenções de enfermagem no seu alívio nos diferentes serviços.** A dor é considerada o 5º sinal vital desde 2003⁵, deste modo constitui-se como um dever dos profissionais de saúde promover o seu alívio. Por outro lado, como se encontra referido no artigo 4º da **Carta da Criança Hospitalizada** “as agressões físicas e ou emocionais devem ser reduzidas ao mínimo” (FERNANDO, TERESA, 2009). FINKEL (2007) refere que os procedimentos invasivos trazem uma complexidade de representações psicológicas para as crianças, indo para além da dor física, sendo o grande desafio da equipa de saúde garantir que a criança se sinta “tratada e não mal - tratada”.

Para cada local de estágio procedeu-se a uma breve caracterização do serviço: dinâmica, filosofia e objectivos (APÊNDICE V), considerando-se que esta caracterização seria essencial para a fundamentação das actividades desenvolvidas.

⁵ Com a publicação da Circular Normativa N.º 09 (DGS 2003)

No decurso dos estágios a minha participação foi inicialmente de observadora participante, evoluindo para executante sob orientação. Esta evolução permitiu-me consolidar o meu nível de iniciada avançada e atingir algum nível na competência na prestação de cuidados à criança, jovem e família de risco, o que me levou, como refere BENNER (2005, p.46), a fazer “frente a situações reais em número suficiente para notar os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas”. A aprendizagem foi suportada no princípio que BENNER (2010), de aprender tanto quanto conseguir da equipa que já conhece o contexto de prestação de cuidados, partindo do princípio de que as aprendizagens que fizeram a sua experiência me poderão vir a ser úteis (BENNER [et al], 2010). A reflexão através de registo de incidentes críticos foi o método que utilizei. Várias foram as situações, ao longo deste período que foram objecto da minha reflexão e que pela sua extensibilidade poderão ser apreciadas em apêndices.

Para o segundo objectivo geral, planeei actividades que me permitissem adquirir conhecimentos sobre as práticas relacionadas com o cuidado à criança, e jovem em risco. Quando escolhi os locais de estágio sabia da existência de NACJR ou NHACJR e interessava-me saber como se articulavam entre si e com outros parceiros.

De modo a comparar as orientações da Direcção Geral de Saúde com o que é desenvolvido em cada um dos serviços elaborei um fluxograma de actuação para cada campo de estágio⁶. Estes fluxogramas foram validados posteriormente com as enfermeiras orientadoras de estágio e enfermeiras chefes, (APÊNDICE VI). MAGALHÃES (2005, p.21) refere que na abordagem sobre esta problemática é importante haver uma “atitude de trabalho transdisciplinar”, onde a conjugação das “funções, valores, poderes e responsabilidades de cada um, permitirá obter uma resposta mais adequada, assegurando a protecção do menor e, quando apropriado, a punição e/ou tratamento do abusador” (IDEM). A articulação requer a “criação de canais de comunicação e de protocolos onde sejam definidas estratégias e metodologias de intervenção” (IDEM). Desta forma, identifiquei em todos os campos

⁶ Fluxograma é definido no Dicionário da Língua Portuguesa “online” da Porto Editora (2003) como “uma representação gráfica da definição, análise e solução de um problema, na qual são utilizados símbolos geométricos e notações simbólicas. Para a realização destes fluxogramas tive em conta as “guidelines” emitidas no guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção da DGS (2011), nas suas páginas 15 e 16 bem como o Despacho nº 3129272008 de 6 de Dezembro. Neste fluxograma pretendo estabelecer a ligação entre o que está preconizado pela DGS e o que observei na prática.

de estágio, um enfermeiro de referência na área, definindo estratégias e canais de comunicação com cada um deles, de modo a tornar mais eficaz a continuidade dos cuidados a crianças, jovens e famílias de risco.

4.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar

O meu percurso iniciou-se na **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar** por saber que aí existia um NACJR pioneiro a nível nacional. Para este local de estágio defini como objectivos, **conhecer a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia os objectivos, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, e o funcionamento do NACJR, a organização e actuação de enfermagem com crianças, jovens e famílias de risco aos diversos níveis de intervenção.**

1 - Conhecer a dinâmica funcional do serviço, a sua filosofia, os objectivos, e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem

A entrevista informal com a enfermeira chefe da UCSP do Lumiar contribuiu para uma primeira apresentação da estrutura e organização da unidade (com enfoque na área de saúde infantil). Na UCSP do Lumiar, os enfermeiros funcionam por programas estando os cuidados organizados por área de intervenção. É utilizado o método individual de trabalho e embora refiram não se apoiarem em nenhum referencial teórico é adoptado a Filosofia dos Cuidados Centrados na família. O modelo de Anne Casey é referenciado pelos colegas com quem contactei, como sendo o modelo que rege a sua prática de cuidados de enfermagem.

Para avaliar o desenvolvimento da criança sem alterações de saúde em diferentes estádios do desenvolvimento, planeei como actividades observar e cooperar com o enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde infantil, e sob supervisão realizar algumas consultas de enfermagem de saúde infantil. Para desenvolver estas actividades, desenvolvi uma observação participante, evoluindo para executante sob orientação nas diversas áreas da Saúde Infantil (SI), o que me permitiu adquirir competências específicas do EE em ESIP (E1; E2; E3).

A consulta de Enfermagem de SI é efectuada por duas EE em ESIP e uma enfermeira generalista. A avaliação do desenvolvimento da criança é efectuada através do Teste de Mary Sheridan; as Consultas de Enfermagem precedem as Consultas Médicas. O agendamento das consultas efectua-se nas idades “chave” preconizadas no Programa Tipo de Saúde Infantil e publicadas em Circular Normativa 9/DSI de 6.10.1992, da Direcção Geral de Saúde.

Particpei nas Consultas de Enfermagem da UCSP do Lumiar, permitindo-me perceber como os enfermeiros estão atentos às dúvidas dos pais, esclarecendo-os de forma clara e precisa. ABEJAR (1990) refere que a informação fornecida à família deve transmitir credibilidade, confiança e segurança. A intervenção efectuada pelas EE em ESIP, na Consulta de Enfermagem de SI é muito abrangente, indo muito para além da simples avaliação dos parâmetros antropométricos. Estimulam-se comportamentos saudáveis e promove-se o cumprimento do **Programa Nacional de Vacinação**. Estas consultas são momentos privilegiados para o ensino, e orientam-se pelos princípios preconizados no **Programa Tipo de Saúde Infantil** (PORTUGAL 2002).

Os cuidados antecipatórios são trabalhados em todas as consultas, e pois permitem acautelar os processos de mudança na família decorrentes do crescimento e desenvolvimento da criança, e prevenir situações de desajustamento. A formação parental aposta na promoção dos recursos e apoio às famílias, de modo a potenciar o seu funcionamento, crescimento e desenvolvimento. Nas consultas em que participei, as minhas intervenções visaram a promoção do desenvolvimento de competências parentais e da vinculação. A participação nas actividades descritas permitiu-me desenvolver competências específicas, enquanto EE em ESIP, no domínio assiste a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde (E1), especialmente nas unidades de competência: Implementa e gere, em parceria, um plano promotor da parentalidade e adequado à etapa do desenvolvimento da criança, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1); e diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem (E1.2).

Desenvolvi estas unidades de competência, negociando a participação da criança, do jovem e da sua família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1), identificando os seus conhecimentos (por vezes falsos conhecimentos, como a mãe que me garantia que dar água com gás ao recém-nascido melhorava a icterícia), hábitos de vida (por vezes divergentes dos da cultura dominante, como a introdução alimentar ou o não consumo de determinados alimentos por crenças religiosas), e o seu projecto de saúde. Neste processo desenvolvi a minha prática profissional utilizando a tomada de decisão ética e deontológica na medida em que as estratégias de resolução de problemas, identificados em consulta de SI foram sempre desenvolvidas em parceria (A1.1.1)

O adequado desenvolvimento infantil é o somatório de diversos factores, estando os pais entre os mais importantes. Numerosos estudos têm demonstrado que diferentes problemas de comportamento na infância predizem comportamentos anti-sociais na adolescência e idade adulta, e que, embora nem todas as crianças com problemas de comportamento se tornem adultos anti-sociais, quase todos os adultos anti-sociais foram crianças com problemas de conduta (GASPAR 2003). O ponto comum das diferentes teorias é o de que alterando os comportamentos dos pais tem impacto no comportamento das crianças (STEWART-BROWN, 2000 citado por GASPAR, 2003). A formação parental tem sido definida por autores, como COUTINHO (2004), como processo de fornecer aos pais ou a outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança. No entanto, esta perspectiva, tem sido gradualmente substituída por uma essencialmente colaborativa, de carácter ecológico e sistémico. O autor refere, ainda, que uma postura de promoção dos recursos e apoios à família potencia o seu funcionamento, crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro deve fazer ênfase nas competências e não nos problemas e deficiências. Este ponto de vista está de acordo com o artigo 89 (OE 2009a p.141) que refere: o enfermeiro “tem o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. A minha participação na consulta de saúde infantil, permitiu-me ainda a aquisição de competências do terceiro grupo de competências específicas: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3). Ao executar a consulta, creio ter cumprido aquele que é o seu objectivo: promover o crescimento de desenvolvimento infantil (E.3.1),

na medida em que apliquei conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento (E3.1.1), avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1.2), transmiti orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do adolescente (E3.1.3). No decorrer da consulta um dos instrumentos utilizados é a comunicação com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e crenças culturais (E3.3.1; E3.3.2; E3.3.3). A comunicação e a interação estabelecidas entre a enfermeira a criança, o jovem e a família durante a consulta são de primordial importância para se atingir uma transição saudável na medida em que facilitam a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança, no jovem e família (E1.2.8).

Considerando que as situações de risco são o eixo orientador deste projecto, não posso deixar de referir que no seguimento das famílias de risco pude observar que era accionado um conjunto de estratégias aos mais variados níveis: junto da criança, família do jovem e da família alargada (avós, primos, entre outros), outras entidades e parceiros (Outros Centros de Saúde, CPCJ, Hospital, Jardim Infantil). O enfermeiro estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança, ao jovem e à família com necessidades de cuidados (E1.1.7). Esta actuação articulada é promotora da continuidade de cuidados a estas famílias. O seguimento e a articulação são dinâmicos alterando-se consoante as necessidades actuais da família. Pude observar a utilização de várias estratégias pela EE em ESIP neste processo, podendo modificar-se o longo do processo de acompanhamento da família. Cada transição é “ caracterizada pela sua singularidade, complexidade e múltiplas dimensões” (MELEIS et al 2000, p. 27).

Para que uma situação seja considerada de risco devem estar presentes mais do que um factor, pelo que na avaliação da situação deve imperar o bom senso. (Magalhães, 2005). Uma situação diz-se de risco se houver “perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento” (Despacho n.º 31292, 2008, p. 49210). O mesmo Despacho considera como factores de risco familiares situações como “vinculação insegura, problemas de comunicação e ou deficit no exercício das responsabilidades parentais (p. 49212). O aparecimento de uma 3ª pessoa (a criança), muda a estrutura do grupo, de uma díade para uma tríade, com significantes mudanças no

papel, podendo causar conflito, se não for antecipada, reconhecida ou ignorada (MELEIS et al 2010, p.15).

As situações de risco identificadas em contexto de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil foram trabalhadas em conjunto com a enfermeira orientadora, os saberes adquiridos na prática contribuíram para a consolidação dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa bibliográfica. Nas situações em que é detectado risco, parte da Consulta de Saúde Infantil passa pela avaliação das condições familiares e sociais da criança, do jovem e da família, o que permite conhecer as suas necessidades e que recursos e apoios podem ser utilizados pelo Centro de Saúde (E1.1.6). Os EE em ESIP detêm conhecimentos e habilidades que lhe permitem “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar” (OE 2010). Contribuem igualmente para a “detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente os comportamentos de risco” (OE 2010). Uma situação observada numa primeira consulta de enfermagem foi um importante momento de reflexão, permitindo-me diagnosticar e intervir nas situações de risco (Apêndice VIII), e desenvolver competências Específicas de EE em ESIP (E1.2.4; E1.2.8).

O trabalho em equipa entre os enfermeiros e os diversos programas (Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Vacinação), USF's e a UCSP permite fazer o acompanhamento das crianças e jovens em risco. O caso das famílias referenciadas NACJR ou à CPCJ era colocado no sistema SAPE⁷ um alerta, possibilitando ao enfermeiro na consulta de enfermagem, estar mais atento na avaliação e no apoio a prestar à criança, ao jovem e família de risco.

Outro aspecto que me chamou à atenção na área da saúde infantil e da vacinação foi o controlo da dor e a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Foi possível observar nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil uma preocupação dos enfermeiros em minimizar o sofrimento da criança nos procedimentos invasivos: preparação dos pais, o uso da chucha e do aconchego (E2.2.3). Não observei, contudo, a utilização de outras medidas, como por exemplo

⁷ Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

o uso de sacarose, que como sugerem os estudos de investigação de CURTIS et al (2007) e de GASPARDO, LINHARES E MARTINEZ (2005), seriam mais eficazes.

Na área da vacinação pude observar que as medidas farmacológicas e não farmacológicas nem sempre eram utilizadas de forma regular e a preparação das crianças mais velhas nem sempre era efectuada. A preparação da criança e dos pais para o procedimento é considerado uma boa prática (SCHECHTER et al. 2007). Na preparação da criança e, dependendo do enfermeiro, era tido em conta, a idade, o tipo de procedimento e verificadas as experiências anteriores ou avaliada a capacidade de *coping* da criança. Na vacinação e na Consulta de Enfermagem Saúde Infantil, tive como base de todas as minhas intervenções, os conhecimentos adquiridos na pesquisa de artigos actuais sobre a gestão da dor, garantindo a minimização do sofrimento da criança, e do jovem em todos os procedimentos invasivos, numa perspectiva global de cuidados atraumáticos (E.2.2). Várias estratégias para preparar a criança para procedimentos, de forma a proporcionar o cuidado atraumático, foram já estudadas e são referidas na literatura. Estas estratégias envolvem: incluir os pais nos cuidados, informá-los do seu papel, avaliar o nível actual de compreensão, dos pais e da criança, planear o procedimento de acordo com a idade da criança e do seu desenvolvimento, reforçar os benefícios do procedimento e enfatizar os eventos positivos posteriores. (HOCKENBERRY, M, J 2006, p. 709). Estas orientações estão contempladas no artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada. Seria importante que estas medidas se tornassem sistemáticas nesta área pela mais-valia que trariam à melhoria dos cuidados prestados.

2 - Compreender, o funcionamento do NACJR, a organização e actuação de enfermagem aos diversos níveis de intervenção.

No sentido de dar cumprimento a este objectivo, senti necessidade de conhecer o papel do Enfermeiro ESIP no NACJR, na sinalização, acompanhamento e articulação das situações de risco. Todo o período de estágio, na sua globalidade, com a passagem pelas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, as reuniões do NACJR, da CPCJ, assim como o dia na Direcção Geral de Saúde e a entrevista à enfermeira do NACJR foram, sem dúvida, momentos essenciais para compreender o

funcionamento do NACJR, a organização e actuação de enfermagem no contexto de crianças, jovens e famílias de risco, aos diversos níveis de intervenção.

A intervenção do NACJR do Lumiar é dirigida no sentido de preservar os laços familiares, apostando nas competências parentais, sendo preponderante a aceitação da ajuda e a colaboração da família num projecto de intervenção familiar (PIAF). Este projecto compreende as necessidades da criança, a valorização do papel parental e ajuda no desenvolvimento das competências inerentes ao seu desempenho.

O NACJR do Lumiar articula-se, actualmente, aos vários níveis, efectua reuniões com outros parceiros (CPCJ, SCML) mediante as necessidades, para discussão de casos (APENDICE IX). Neste período, estive presente em duas reuniões do NACJR que considero momentos muito enriquecedores para o meu projecto. Nestas reuniões debatiam-se as situações da semana que tinham despertado a atenção dos profissionais ou situações referenciadas por outras instituições ou parceiros e efectuado o seguimento de processos anteriores. A maioria dos profissionais já conhecia as crianças no âmbito da sua intervenção, o que facilitava a análise da situação, a articulação entre os diferentes técnicos e o estabelecimento de um PIAF. Considerei relevante a agilidade dos elementos do NACJR do Lumiar em entrar em contacto com outros elementos da comunidade, como escolas, Creches, IPSS, SCM, facto que vai ao encontro do que a Direcção Geral de Saúde refere no seu documento: as equipas de cuidados de saúde primários encontram-se numa posição privilegiada para intervirem na matéria dos maus tratos, tanto pela inserção na comunidade, como pela intervenção diversificada que têm junto dos vários grupos populacionais. As relações de proximidade estabelecidas com outras estruturas comunitárias, propiciam o trabalho articulado, em rede, que é reconhecido como sendo o mais eficiente numa matéria tão complexa quanto esta (PORTUGAL, 2002).

Outra das actividades de grande relevância, foi a participação numa reunião conjunta com elementos da CPCJ do NACJR, que decorreu na Comissão de Protecção de Jovens (CPCJ) Lisboa Norte. Estas reuniões ocorrem mensalmente e nelas são debatidos casos conjuntos e respectivas intervenções. As CPCJ

encontram-se num segundo nível de intervenção. Procedem junto das famílias, à aplicação de acordos de promoção e protecção de medidas em meio natural de vida, conforme descritos no artigo 56º do Decreto-Lei n.º147/99. Neste momento de aprendizagem interessava-me observar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, para ajudar as famílias a atingir o bem-estar durante estes períodos de transição. A contribuição do EE em ESIP neste processo de capacitação da família é a sua meta de uma promoção de bem-estar, facilitadora de transições que promovem a saúde e a percepção de bem-estar (MELEIS et al, 2010). Uma das situações debatidas foi, para mim particularmente importante e objecto de reflexão (APENDICE VIII). Participar nestas reuniões activamente (A1.1.4) permitiu-me assistir a criança e o jovem em situação de abuso, negligência e maus-tratos (E1.2.6), e identificar situações de risco para a criança e jovem (E1.2.4); utilizei a informação existente para avaliar a estrutura familiar e o seu contexto (E1.1.6) e compreender melhor os comportamentos da criança, do jovem e família relativos à sua saúde (E1.2.7). Em todo este processo trabalhei em parceria com agentes da comunidade estabelecendo e mantendo redes de recursos comunitários de suporte à criança, ao jovem e família (E 1.1.10)

As visitas domiciliárias (VD), no âmbito do NACJR, são na sua maioria, realizadas pela EE em ESIP, com outro técnico, normalmente com a Técnica de Serviço Social. Por vezes, são combinadas visitas conjuntas com outros parceiros como a SCML ou a CPCJ. As VD ocorrem após uma referenciação de uma situação ou quando existe confirmação de maus-tratos e são realizadas conforme as necessidades avaliadas. As VD efectuem-se utilizando a Unidade Móvel (APENDICE X) existente na UCSP do Lumiar. Autores como Mano (2009) apontam a visita domiciliar “como estratégia relevante na prevenção da institucionalização de crianças, na abordagem à família de risco e multiproblemáticas. MINUCHIN et al (1990), citados por MANO (2009), preconizam não só a abordagem sistémica mas também a ecológica, tentando fazer a conexão com a família e com os recursos da comunidade. A visitação domiciliária na UCSP do Lumiar tem carácter interdisciplinar, permite articular saberes de diferentes áreas, e melhorar a prestação de cuidados de saúde à família de risco. No entanto, não existe uma avaliação consistente dos resultados obtidos, o que não permite avaliar a sua eficácia. Estas visitas efectuem-se com um carácter interventivo, em caso de agudização da situação, por exemplo. Sobre este

aspecto vários são os artigos que apontam para a importância do início precoce, desde o período de gravidez, quando é identificado o risco na família e mantendo-se no pós-parto. A DGS (PORTUGAL, 2011) apresenta uma folha de “Registo de Visitação Domiciliária” que permite a sistematização dos aspectos a ser avaliados na visita. Verifiquei que os enfermeiros desta unidade apesar de conhecerem esta folha não a utilizam. O EE em ESIP enfermeiro especialista deve basear a prática em evidência científica em normas e guidelines de modo a definir indicadores para a medição válida da qualidade e adequadas às necessidades da população a quem presta cuidados. Foi relevante para mim notar como o enfermeiro envolvido nesta área têm um grande poder de observação e sensibilidade para conseguir detectar as situações e equacionar a melhor estratégia para cada criança e jovem.

Tive a oportunidade de verificar, na observação participante, que o Enfermeiro Especialista em ESIP segue diariamente famílias de risco em Consultas de Enfermagem de SI e na vacinação. Todas as oportunidades são sistematicamente utilizadas para trabalhar com a criança, o jovem e a família no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5). No entanto, uma das dificuldades apontadas pela EE em ESIP foi o tempo que tem para trabalhar estas situações.

Além do factor “tempo”, é também apontada como dificuldade, a sistematização e base de dados fornecida pela DGS, que deve ser utilizada por todos os NACJR, a nível nacional. Um outro aspecto a salientar menos positivo é a falta articulação com os serviços hospitalares. A folha de enfermagem do HSM de “referenciação para situações de risco em saúde infantil”, permitiria articular de forma rápida, as situações de possível risco identificadas em contexto de urgência.

No segundo período de estágio na UCSP do Lumiar, pude perceber a articulação entre o enfermeiro da Saúde Escolar e os elementos do NACJR. A escola, e a família, são um dos *settings* mais importantes para a criança, nos quais ela cresce e se desenvolve. A escola é um meio ideal para a promoção da saúde, de estilos de vida saudáveis e, detecção de problemas da criança e família, como preconiza o **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)** (PORTUGAL, 2006). A enfermeira de Saúde Escolar conhece a área de abrangência do mega -

agrupamentos de Escolas do Lumiar que “se insere num meio com características sociais muito diversas” (INSPECÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO, 2009, p.3). Apesar do fenómeno dos maus tratos não se encontrar obrigatoriamente ligado a níveis socioeconómicos carenciados, pode existir um conjunto de problemáticas associadas: consumo de substâncias ilícitas, violência e carência de cuidados físicos que coloquem as crianças deste meio em risco, sendo necessária uma especial atenção para com as mesmas. Para além do papel preventivo do enfermeiro de saúde escolar surge, simultaneamente, o de intervir nas situações de risco já instalado (E1.1.8; E1.2.4). Ao intervir em programas no âmbito da saúde escolar o EE em ESIP contribui para a maximização da saúde da criança, do jovem e da sua família.

Por último, gostava de referir, a minha passagem durante um dia, pela **Direcção Geral de Saúde**. A legislação e os documentos técnicos⁸ elaborados por esta entidade são muito completos e permitem uma actuação homogénea dos profissionais envolvidos. São, documentos orientadores da actuação e compete aos profissionais que desenvolvem a sua actuação no terreno com as famílias uma adequação às situações. Os saberes adquiridos com o desenvolvimento desta actividade deram-me a possibilidade para desenvolver as capacidades e habilidades para atendimento à criança, ao jovem e sua família em situações de risco (E1.2.6), O EE em ESIP deve aceder à evidência científica e às normas necessárias para avaliação da qualidade (B2.1.1), incorporando na prática elementos de enquadramento jurídico (A1.2.3)

4.2. Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

A escolha do **Serviço de Urgência do HSM** advém do conhecimento de que a EE em ESIP integrava o NHACJR, o que me permitiria ter uma visão mais profunda sobre o trabalho nos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Seguindo a lógica do estágio anterior foram definidos dois objectivos para este local.

⁸ No site **www.dgs.pt** pode-se aceder ao programa Crianças e Jovens em risco, este programa possui um conjunto muito completo de toda a legislação e informação sobre esta temática

1 - Compreender a dinâmica funcional do serviço e a intervenção do enfermeiro nos diferentes âmbitos: Balcão da Urgência e SOPed, priorizando situações de risco

Na urgência o primeiro contacto da criança e família com o hospital é feito na sala de triagem. Segundo a Canadian Association Of Emergency Physicians, a National Emergency Nurses Affiliation of Canada, e L'association des Medecins d'urgence du Quebec, citados por PATEL (2008), os objectivos da triagem são: identificar rapidamente os doentes urgentes, em situação de risco de vida; determinar a área clínica de tratamento adequada para a condição em que se apresenta o doente; diminuir o congestionamento do serviço de urgência, garantindo o acesso contínuo a quem precisa; facultar informação aos doentes e famílias em relação aos cuidados necessários e aos tempos de espera e fornecer informação que ajude a definir a aptidão do serviço. A triagem na urgência do HSM é “realizada por enfermeiros, desde o final de 1999 e foi instituída com o objectivo global de avaliar de forma rápida as reais necessidades do utente pediátrico e família, determinando a gravidade da doença e proporcionando uma prioridade real no tratamento do utente.”⁹ Neste serviço está preconizado para a triagem um tempo de avaliação que não deve ultrapassar os 3 a 5 minutos. Durante este período, o enfermeiro deve ser capaz de colher a história junto dos pais ou criança, tentando, de forma rápida, extrair os aspectos mais importantes.

Na Urgência de Pediatria e no SOPed do HSM, o método de trabalho utilizado é o dos cuidados de enfermagem individuais. No método de trabalho individual, a totalidade dos cuidados prestados ao doente é da responsabilidade de um enfermeiro, durante os turnos que realiza. Existe uma tendência para privilegiar a tarefa, que como nos diz PINHEIRO (1994) afecta, obviamente, a organização global dos cuidados de acordo com as necessidades do doente.

Ao longo deste período tive a oportunidade de observar e prestar cuidados na triagem, na sala de tratamentos e no SOPed, à criança, ao jovem e família, em situações de especial complexidade (E2), priorizando as situações de risco, o que me permitiu desenvolver competências diferentes das do Serviço em que trabalho. A

⁹ In manual de triagem existente no serviço

Urgência de Pediatria é um serviço que requer, da parte dos enfermeiros, uma actuação rápida e adequada às situações. Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados apropriados, foi uma das unidades de competência que pude desenvolver neste período de estágio (E2.1). Tive a oportunidade de efectuar triagem a crianças e jovens e fazer os registos em sistema ALERT®, o que me permitiu desenvolver competências específicas do EE em ESIP, pois em todo este processo o enfermeiro deve ser possuidor de conhecimentos sobre determinadas doenças nestas idades, de modo a implementar as respostas de enfermagem apropriadas (E.1.2.1) e assistir a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde (E1). Fiz ainda, em contexto de triagem, ensinamentos sobre os cuidados à criança ajudando os pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do seu papel (E1.1.4).

Na maior parte das situações observadas na urgência constatei que podem ter resposta eficaz nos Cuidados de Saúde Primários. Não possuo dados da realidade portuguesa mas, no que se refere à realidade norte-americana, autores como BERRY et al. (2008) referem que 58% a 82% das visitas ao serviço de urgência pediátrica não são de situações urgentes, condicionando: maior sobrecarga dos profissionais de serviço, insatisfação dos utentes, maior tempo de espera, maior número de eventos adversos devido à demora de prestação de cuidados e aumento dos custos.

A urgência é muitas vezes a porta de entrada para crianças ou jovens vítimas de violência. É na triagem que muitas vezes se conseguem identificar sinais de vulnerabilidade e alerta ou mesmo evidência de sinais e sintomas de maus tratos (MAURER, 2010), exemplo disso é a situação por mim relatada, APÊNDICE XI, onde pude observar vários factores de risco. Pode ser muito difícil, em contexto de urgência, avaliar os factores de risco, pois a triagem é um processo que requer intervenção rápida. Estes factores são normalmente múltiplos e podem estar relacionados com o próprio sujeito, as características da própria criança e o contexto social, de apoio ou stress, em que a relação está inserida. “Para compreender a experiência dos clientes durante um processo de transição é necessário descobrir os factores que podem facilitar ou dificultar o processo de transição” (MELEIS 1975, p.21). Seria de primordial importância referenciar as situações de risco ao Centro de

Saúde. Os cuidados de enfermagem na comunidade possibilitam uma actuação mais estreita e continuada. A actuação estreita e continuada providencia “competência no cuidar” mas isso requer “continuidade das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes” (MELEIS [et al] 2000, p.24).

É papel importante do EE em ESIP actuar aos diversos níveis de prevenção (OE 2009a). As Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil são um momento privilegiado para ensinar os pais (E1.2.8). Meleis refere que conhecimento é poder (“*Empowering*”) para aqueles que o desenvolvem, que o usam e para os que beneficiam dele. Ao promover cuidados de qualidade e excelência à criança, ao jovem e família nos serviços da comunidade, podiam ser evitados muitos comportamentos de risco e idas desnecessárias ao Serviço de Urgência.

No SOPed a minha prestação de cuidados teve sempre como objectivo promover o desenvolvimento de competências parentais e da vinculação (E 1.1), incluindo os pais nos cuidados e dando orientação adequada à situação (E1.1.4). Para desenvolver estas competências, realizei ensinamentos para a alta reforçando e validando com os pais as orientações em relação à vigilância de saúde e despiste de sinais de agravamento. Estas actividades permitiram-me trabalhar o desenvolvimento de competências e conhecimentos dos pais, de modo a que se sentissem mais seguros na situação de doença e adquirissem novas competências para lidar futuramente com a mesma (E1.1.3). Tive como cuidado especial de comunicar com a criança, o jovem e sua família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3). Como refere HOCKENBERRY (2006, p.111) “embora o maior número de comunicações verbais costume ser feito com um dos pais, isso não exclui a criança”, referindo ainda que deve ser prestada “atenção às crianças e bebés mais novos por intermédio de brincadeiras ou fazendo-lhe perguntas ou comentários de vez em quando”. E “incluir as crianças mais velhas como participantes activos.”. Os colegas, mesmo em contexto de urgência, não desvalorizavam este aspecto, se bem que a abordagem variasse consoante o enfermeiro que estava de turno. No internamento súbito da criança ou jovem no serviço de urgência, poder-se-á considerar que ela e a sua família estão a vivenciar uma situação de transição. O enfermeiro deve ter um papel facilitador neste processo de aprendizagem e aquisição de novas capacidades, conhecendo as

mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença na vida diária. Como futura enfermeira especialista é minha obrigação promover a “aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança no jovem e família.” (OE, 2009a).

Na Triage e no SOPed, a avaliação da dor é efectuada e registada nos parâmetros vitais, apenas em crianças com idade igual ou superior a três anos (a partir da idade pré - escolar) pois as escalas que estão integradas no programa de registo informático para a gestão hospitalar ALERT® são a escala de faces e a escala numérica, ambas em auto-avaliação. Constatei a utilização, pelos enfermeiros, de medidas promotoras do bem-estar da criança e da família com o objectivo de minimizar a dor em procedimentos terapêuticos: utilização do EMLA® e de Sacarose, nos lactentes; técnicas de distração e brincadeira adequadas à idade da criança (E.2.2.2, E2.2.3). Mas as estratégias farmacológicas e não farmacológicas, utilizadas neste contexto, não se encontram harmonizadas.

2 - Compreender o papel do enfermeiro, nomeadamente do EE em ESIP, na articulação entre diferentes locais e intervenientes no processo de acompanhamento da criança, do jovem e família de risco.

Quando o enfermeiro da triagem do HSM, detecta uma situação de maus tratos procede ao seu encaminhamento para o pediatra, chefe de equipa, sendo este que participa ao NHACJR do HSM ou toma as diligências adequadas à situação (Contacto com Policia, Instituto de Medicina Legal). Autores como, VASCONCELOS, CARDOSO, BARROS E ALMEIDA (2011, p. 10) analisaram a “Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica do Hospital Fernando da Fonseca”, e o caminho que descrevem da abordagem à criança é muito aparentado com o que se efectua na Urgência Pediátrica do HSM: “Todas as crianças vítimas de Maus Tratos observadas na Urgência de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca foram inicialmente recebidas pelo enfermeiro da triagem que as encaminhou para o pediatra chefe de equipa.”, referindo que, “No serviço de urgência, para além de médicos e de enfermeiros, os profissionais mais envolvidos foram os assistentes sociais, os agentes de segurança pública e os peritos do Instituto de Medicina Legal” (p.11).

A equipa de enfermagem da urgência de pediatria dispõe de uma “Norma de Procedimento de Apoio à Criança e ao Jovem Vitima de Maus-tratos”, que foi elaborada por enfermeiros do serviço em conjunto com um aluno do Curso de Especialização em ESIP (ANEXO II). No entanto, verifiquei, através de uma entrevista a dezassete enfermeiros, algumas dificuldades em lidar com estas situações. Apresento as conclusões e a análise no APENDICE XII.

Os enfermeiros entrevistados tinham contactado com situações de maus tratos no último ano. Foram referidas como principais dificuldades, na identificação das situações de maus tratos: a confirmação da situação e a comunicação. A maioria dos enfermeiros conhecia a “Norma de Procedimento de Apoio à Criança/jovem Vitima de Maus-Tratos” existente no serviço excepto dois. No que diz respeito à classificação da actual articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e o Centro de Saúde, a maioria considerou a articulação deficiente. Nenhum dos enfermeiros entrevistados classificou a articulação de cuidados de enfermagem entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários Muito Boa. Quando questionados sobre que aspectos consideraram importante implementar para melhorar a continuidade de cuidados de enfermagem, as opiniões dividem-se em três aspectos: 1) Melhorar a articulação; 2) Elemento de referência; 3) Formação na área. A análise das entrevistas permitiu-me ter uma visão mais global das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, neste serviço, em lidar com situações de maus tratos. Os resultados que obtive, vão ao encontro do descrito por diversos autores (TORREZ 2006, PILTZ & WACHTEL, 2009; LING E LUKER 2000; ADAMS, 2005, PAAVILAINEN, 2002A; PAAVILAINEN; 2002B; FLAHERTY ET AL, 2000; LAND E BARCLAY 2008; FAGAN, 1998).¹⁰

Os saberes adquiridos com esta actividade foram partilhados com a enfermeira orientadora e com a Enfermeira Chefe do serviço e ambas consideraram ser importante conhecer as necessidades actuais da equipa no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta área (D2.2). A enfermeira chefe referiu que estavam previstas acções de divulgação sobre a temática, na Acção de Formação de Enfermagem Pediátrica, intitulada “Partilha de experiências”.

¹⁰Os dados aqui apresentados são válidos para a amostra em questão e não podem ser extrapolados para outras realidades ou contextos, no entanto, encontrei alguma consonância com aspectos descritos na literatura e que explicito no APÊNDICE XII.

Objectivando formas de melhorar os cuidados, neste período de estágio, desenvolvi algumas actividades: envolvi a equipa de enfermagem em debates sobre a temática e formas de melhorar a actuação dos enfermeiros nesta área. Estas actividades permitiram-me desenvolver competências comuns do EE (B2.2.1; B2.2.3). Reflectiu-se sobre a “Folha de Referenciação de Enfermagem para Situações de Risco em Saúde Infantil” ” (ANEXO III)¹¹, tendo como objectivo proporcionar uma actuação de enfermagem mais individualizada e adequada. Ficou acordado que esta folha seria enviada ao cuidado do enfermeiro de referência do Centro de Saúde da área da criança e do jovem (B1.1.3) tendo a EE em ESIP realçado ser necessário envolver mais a equipa. Nomeou-se um enfermeiro de referência nos turnos da manhã, a EE em ESIP e uma enfermeira de horário fixo.

As folhas de referenciação começaram a ser enviadas de modo consistente e com contacto telefónico prévio, entre os enfermeiros de referência na área, desde Fevereiro de 2012. Este facto tem permitido uma harmonização e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco, possibilitando uma resposta mais eficaz em cada situação, com ganhos em saúde (B1.1.1).

A enfermeira que integra o NHACJR é uma EE em ESIP, sendo também elemento de apoio à gestão na urgência de pediatria. Foi possível participar nas suas actividades no NHACJR, o que me permitiu adquirir e consolidar conhecimentos sobre o despiste, acompanhamento e encaminhamento de situações de risco (E1.2).

O NHACJR do HSM constitui-se em 1989. É integrado por uma equipa multidisciplinar, constituída por, uma Enfermeira, uma Assistente Social, uma Pedopsiquiatra uma Psicóloga e uma Pediatra. Reúne uma vez por semana para debater situações pertinentes e que chegam ao seu conhecimento através das consultas, do serviço de urgência ou do internamento. Reúne, ainda, trimestralmente com todos os Centros de Saúde da área. Existe uma folha de preenchimento obrigatório na referenciação das situações de maus tratos a crianças e Jovens ao NHACJR (ANEXO III).

¹¹ Esta folha foi elaborada por um enfermeiro do serviço, em conjunto com um aluno do Curso de Especialização em ESIP e apresentada à equipa há cerca de 1 mês e ainda, tendo sido aprovada recentemente.

Ao analisar a casuística oficial do NHACJR do Hospital de Santa Maria dos últimos três anos (ANEXO IV) verifiquei que os casos mais frequentes são, o abuso sexual e o físico, embora aumentassem os casos de “negligência”. Não obstante as dificuldades referidas pelos enfermeiros desta unidade, e apresentadas anteriormente, este aspecto pode significar um maior nível de conhecimento das equipas sobre a temática dos maus tratos. Como se pode verificar no documento técnico da DGS (PORTUGAL, 2008, p. 15), enquanto a negligência tem mais probabilidade de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias a nível dos Centros de Saúde, os maus-tratos físicos são principalmente detectados nas urgências hospitalares”. Estes dados são importantes para reflectir sobre o nível de preparação das equipas de saúde.

Durante o período de estágio, participei numa reunião do NHACJR, onde observei e participei na análise multidisciplinar das situações. Nestas reuniões são tomadas decisões de encaminhamento da situação para outros núcleos ou estabelecidos contactos com outros serviços da comunidade como por ex: Santa Casa da Misericórdia. A maioria dos casos é encaminhada para os serviços da comunidade (E1.1.10). Este facto reforça a importância das unidades de saúde no acompanhamento e tratamento da criança, jovem e família de risco e a proximidade que se estabelece com as famílias, faz do acompanhamento na comunidade o meio ideal para seguir estas situações. O enfermeiro especialista, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007a), deve proporcionar benefícios de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada, garantindo desta forma, a continuidade de cuidados. No HSM os processos de maus tratos da criança, do jovem e sua família do NHACJR são efectuados pela assistente social. Este profissional faz uma entrevista inicial à criança, ao jovem e a família de modo validar a história e obter mais informação. Soube da existência de uma consulta de seguimento, efectuada pela médica pediatra cerca de 1 a 2 meses após sinalização da situação ao NHACJR. Do que observei, constato que a actuação do enfermeiro ao nível do NHACJR poderia ser ampliada. As situações de risco requerem uma avaliação mais cuidada por parte da enfermagem e um encaminhamento para a comunidade. Ao promover uma intervenção adequada e atempada junto das famílias, em especial nas famílias de

risco, o EE em ESIP, promove os processos de transição para a parentalidade e práticas parentais positivas atingindo ganhos em saúde.

Gostaria de salientar, no período de estágio na Urgência de Pediatria do HSM, três momentos importantes para o meu percurso. O **Colóquio “Vinculação, Parentalidade e Aliança Terapêutica”**, realizado a 21 de Outubro de 2011. A prelectora foi a Professora Dr.^a Nicole Guedeney. A autora baseia-se na teoria da vinculação, elaborada por Bowlby e seus sucessores, apresentando uma compreensão nova da génese do laço fundamental que faz com que um bebé se vincule aos que o criam. Foi muito estimulante assistir à análise de vários cenários e propostas de actuação dos profissionais de saúde. A Prof. Bárbara Figueiredo (Psicóloga da Universidade do Minho), abordou a parentalidade e a aliança terapêutica nos primeiros anos de vida; o Dr. Augusto Carreira (pedopsiquiatra) abordou o termo “parentalidade” no discurso social, jurídico e psicológico e, por último, a Dr.^a Teresa Goldschmidt (pedopsiquiatra do Hospital de Santa Maria, elemento do NHACJR de Santa Maria) analisou a perspectiva sistémica da abordagem familiar e defendeu a necessidade de criar uma relação de parceria de cuidados baseada numa aliança terapêutica.

No dia 9 de Novembro de 2011 estive presente nas **Jornadas da UCF** intituladas “Saúde Materna e Neonatal e Saúde da Criança e do Jovem”, onde foi abordado o tema das Famílias, Crianças e Jovens em Risco.

No dia 27 de Outubro de 2011, participei numa **Acção de Formação de Enfermagem Pediátrica, intitulada “Partilha de experiências”**. A Urgência de Pediatria apresentou neste dia uma formação sobre **“Abordagem à criança negligenciada”** dando a conhecer as actividades do NHACJR, como se diagnostica, actua e referencia em situações de negligência. Foi apresentado, no âmbito da sessão, a “folha de enfermagem de referenciação de situações de risco”, que se pretende seja de utilização geral por parte dos enfermeiros de todas as unidades da pediatria.

4.3. Unidade de Neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa

A **Unidade de Neonatologia** funciona no primeiro piso da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC). Neste serviço é utilizado o método individual de trabalho e, embora refiram não se apoiarem em nenhum referencial teórico, é adoptado a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Algumas colegas, entre elas a EE em ESIP, referem o Modelo de Afaf Meleis como Modelo Teórico que rege a sua prática de cuidados de enfermagem.

A escolha deste local de estágio está relacionada com o facto da enfermeira Chefe integrar o NHACJR. Tal como nos estágios anteriores, o primeiro objectivo, é **conhecer a dinâmica funcional do serviço, a filosofia, objectivos, e as intervenções de enfermagem em situações de risco nos diferentes âmbitos (NHACJR, UCIN)**

O período de estágio, embora curto, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais gerou em mim alguns sentimentos de apreensão. Apesar do entusiasmo e da preparação teórica que fiz, foi com algum receio que peguei, pela primeira vez, num prematuro. A noção da sua fragilidade, das consequências que uma manipulação menos correcta possa vir a ter no seu futuro, o saber que são hiperálgicos em relação ao adulto, tudo isto me ocorreu. Durante este período tive a preocupação de acompanhar e observar o EE em ESIP e orientador neste local de estágio, na prestação de cuidados. Verifiquei que existe uma preocupação constante, por parte dos enfermeiros desta unidade em garantir o bem-estar, o desenvolvimento da criança e a preocupação em envolver os pais nos cuidados, a integração ao serviço e explicação da tecnologia que rodeia o recém-nascido. MANO (2002, p.60) menciona no seu estudo, embora este tenha sido aplicado em serviços de internamento de pediatria que “... todo o processo de parceria se inicia, com a identificação da mais-valia da família e a expressão do seu valor na participação nos cuidados à criança.”

A minha prestação de cuidados teve uma base desenvolvimentista, minimizando intervenções desnecessárias, dor e desconforto (E1.1, E2.2.). A equipa de

enfermagem demonstra uma atenção especial para estas questões, pelo que tem vindo a investir na realização de projectos, normas e estudos acerca do método canguru, da massagem de conforto, e da dor. Os enfermeiros recorrem à sacarose, e proporcionam períodos de repouso, posicionamento com contenção através da utilização de ninhos e rolos, da sucção não nutritiva. Estes aspectos vão ao encontro do que referem alguns autores, como WOLKE (1995): nas UCIN “é prática frequente a utilização de medidas protectoras, nomeadamente na redução do ruído da luz e no manuseamento mínimo dos bebés, na organização do padrão de cuidados, considerando a individualidade do bebé e o momento adequado para a prestação de cuidados (BLACKBURN E VANDERBERG, 1993), na contenção e posicionamento e medidas de controlo da dor que garante o bem-estar do bebé. De referir que a utilização de sacarose em procedimentos dolorosos é variável consoante o enfermeiro que presta cuidados. Nestas unidades os enfermeiros utilizam a escala N-PASS para a avaliação da dor no recém-nascido.

O grande período deste estágio foi efectuado em contexto de Cuidados Intermédios Neonatais onde tive oportunidade de desenvolver capacidades e habilidades que consolidaram o conhecimento teórico que tenho vindo a adquirir no âmbito das competências comuns e específicas do EE em ESIP. O desenvolvimento destas competências foi trabalhado na medida em que colaborei com a enfermeira orientadora e executei sob supervisão, cuidados ao recém-nascido, em parceria com a família (A1.1.1), na implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1) e da vinculação (E.3.2) fomentando a reinserção social do recém-nascido e família, dando resposta às suas necessidades de conhecimento, orientando os pais para o cuidado ao recém-nascido no internamento, comunicando com a família de forma apropriada à sua cultura (E3.3) e na transição para o domicílio e referenciando para instituições de suporte, em caso de necessidade (E2.5.6).

O nascimento de um filho prematuro cria vários desafios aos pais: prescindir do filho imaginário e aceitar o real, lidar por vezes com situações de perigo de vida e desconhecer as consequências que este nascimento antes do tempo poderá ter. Estes desafios afectam a vinculação parental com o prematuro. É papel do enfermeiro promover a vinculação, a relação recém-nascido pais para que este

vínculo se estabeleça de forma adequada para todas as partes (E 3.2). A aplicação de medidas que promovam a vinculação é promotora de um bom desenvolvimento futuro do bebé mas também preventiva de maus-tratos futuros. Deste modo, o segundo objectivo traçado neste período de estágio refere-se à **prestação de cuidados ao recém-nascido e sua família identificando as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento das competências parentais e da vinculação.**

Em neonatologia a incubadora é uma fronteira física ao relacionamento dos pais com o filho, este afastamento pode comprometer o relacionamento da díade/tríade. Embora sem relação de causalidade directa, as perturbações na vinculação e as necessidades especiais nas crianças são factores de risco dos maus tratos, pelo que neste serviço sempre que os recém-nascidos possam sair da incubadora, é promovido a aproximação dos pais ao bebé (E3.2.4), normalmente procedendo à realização da técnica de contacto pele-a-pele (método canguru). Tendo em conta o documento da OMS (2004), o método canguru ou contacto pele a pele consiste em manter o recém-nascido prematuro em contacto pele-a-pele com a mãe. A duração diária do contacto pele-a-pele pode variar, considerando que quanto mais durar o cuidado, maiores os benefícios que daí advêm. Destes benefícios fazem parte: baixos níveis de infecção hospitalar, favorecimento do aleitamento materno, redução do stress materno e paterno e promoção da auto-estima destes últimos.

Durante a minha permanência na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais tomei contacto com algumas situações que aliavam à prematuridade outros factores de risco, como toxicod dependência dos pais, problemas sociais ou familiares já detectados durante o período de gravidez. Colaborei com a enfermeira orientadora do local de estágio na prestação de cuidados e colheita de informação junto destas famílias, do ponto de vista social, emocional e relacional, identificando factores de risco (E1.2.4), encaminhando para outros profissionais (E1.2.2) e perspectivando a continuação do plano de intervenção iniciado durante o internamento pela equipa multidisciplinar, articulando com as estruturas da comunidade (E1.1.10). O caso da “Maria” (recém-nascida, filha de mãe toxicod dependente) foi objecto da minha reflexão (APÊNDICE XIII).

A preparação do recém-nascido e família de risco para a alta na Unidade de Cuidados intermédios da MAC é realizada ao longo da hospitalização e de forma progressiva por toda a equipa multidisciplinar. Observar e prestar cuidados de enfermagem nesta fase proporcionou-me mais um momento de aquisição de competências comuns e específicas de EE em ESIP. Na fase que antecede à alta fomentei o ensino e o treino de actuação face às situações diárias mais ou menos comuns (E1.1), observando se estes pontos estão suficientemente salvaguardados, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à família, no sentido de a capacitar para a gestão dos processos de saúde e doença do seu filho (E1.1.4). Tive como especial atenção informar os pais dos contactos que podem accionar em caso de dúvida procedendo ao encaminhamento para os recursos da comunidade, através do contacto prévio com Centro de Saúde da área da criança, e envio posterior da carta de alta de enfermagem¹² (E1.1.7).

Na avaliação efectuada pelo enfermeiro durante o internamento, são observadas as necessidades do recém-nascido e da família (E1.1.6) e, em caso de necessidade, referencia-se o recém-nascido e a sua família a outros profissionais (Psicólogo, Assistente Social) ou serviços (Apoio Domiciliário, Centro de Saúde da área). MAGALHÃES (2005, p.21) refere que a articulação requer a "... criação de canais de comunicação e de protocolos onde sejam definidas estratégias e metodologias de intervenção". Pude observar a dificuldade que os colegas têm, no contacto dos serviços da comunidade, para a passagem de informação e adequada continuidade dos cuidados. Autores como SILVA, FERREIRA e FORMIGO (2002) referem que é necessário, prestar bons cuidados de enfermagem através de uma articulação entre vários parceiros o que nem sempre acontece, prejudicando os cuidados de qualidade.

Verifiquei neste serviço, que os procedimentos accionados na alta do recém-nascido de risco e sua família não são uniformes. Existe dificuldade em determinar os aspectos relevantes a registar e relatar sobre as crianças em risco, sempre que esta informação é solicitada por outros profissionais de saúde. Constatei, ainda

¹²Nesta Unidade existem duas cartas de alta "tipo", uma em papel e outra em programa informático (a qual não foi possível aceder)

desconhecimento em relação aos documentos técnicos e ao manual de normas de actuação. Como futura enfermeira especialista considero que devo contribuir para a melhoria dos cuidados prestados (B2.2.1). Foi com agrado que acedi, após proposta da Enf.^a Chefe e Enf.^a orientadora do local de estágio a desenvolver uma acção de formação para a equipa de enfermagem sobre maus tratos¹³.

A acção de formação teve como objectivos: partilhar conhecimentos com a equipa de enfermagem mais sistemáticos e actuais sobre a temática dos maus tratos, contribuir para sistematizar os procedimentos e a actuação da equipa em situações de maus tratos. A importância de basearmos os cuidados de enfermagem em guias de boas práticas "... reveste-se de grande utilidade, já que estes são considerados instrumentos de qualidade, não só na área da saúde, pelo que os enfermeiros devem basear a sua actuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes." (OE, 2007b, p.3). A Elaboração desta sessão (APÊNDICE XIV), permitiu-me desenvolver competências (D1 e D2). Elaborei um manual (APÊNDICE XV) para consulta, tanto da equipa de enfermagem como da equipa multidisciplinar. O dia e o horário da apresentação foram divulgados com uma semana de antecedência e a estratégia utilizada foi a afixação do plano de divulgação da sessão (APÊNDICE XVI), no placard onde se encontra afixada a informação sobre as sessões de formação.

O terceiro objectivo que defini para este estágio refere-se a **compreender a articulação do enfermeiro no NHACJR e os diferentes locais e o acompanhamento da criança, do jovem e da família de risco.**

Foi muito gratificante observar a EE em ESIP nas suas actividades do NHACJR, participar nas reuniões e na reunião da Equipa do Apoio Domiciliário da MAC, pois permitiu-me observar a dinâmica de trabalho, a articulação com outros serviços e as dificuldades sentidas. O NHACJR da MAC tem como objectivo "a detecção precoce dos factores de risco". Reúne com uma periodicidade mensal, e a equipa é composta por uma EE em ESIP, uma Assistente Social, uma Psicóloga, um Obstetra e um Pediatra. Possui uma folha de referenciação própria (ANEXO V). Esta folha,

¹³Para a elaboração da acção de formação efectuei pesquisa bibliográfica relativa à temática, dando primazia a documentos nacionais, ou de organismos reguladores como a OMS, DGS entre outros.

teve como base de construção a “Ficha de sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, serviços de internamento e consultas externas hospitalares” da DGS (PORTUGAL, 2011). Na reunião pude observar a apresentação dos casos pelos técnicos que o compõem e as medidas a tomar em relação à situação, após debate.

O EE em ESIP que integra o núcleo tem um papel muito importante ao nível da suspeita e ou detecção de situações de maus tratos. Foi possível observar e cooperar com a EE em ESIP em diversas actividades: recolha informação junto dos pais e criança, ao nível do hospital (consultas, serviços de internamento), verificar sinalização prévia, saber onde a criança faz a vigilância de saúde (contactando os centros de saúde). A participação nestas actividades, foi uma mais-valia para o meu projecto pois permitiu-me desenvolver competências comuns de EE em ESIP colmatar lacunas no conhecimento através da observação sistemática da realidade em que estava inserida, conhecendo e identificando formas de actuação na área dos maus tratos, suportando a minha prática clínica em padrões de conhecimento sólidos (D2).

Este período possibilitou-me também identificar algumas limitações na actuação de enfermagem ao nível da articulação e continuidade de cuidados à criança e família, como referi anteriormente, quem procede à articulação dos casos é a assistente social, que tem a este nível um contacto muito privilegiado com as diversas instituições da comunidade. Este aspecto debatido com a EE em ESIP e foram identificadas, como estratégias para melhorar a continuidade e de cuidados à criança e família de risco; o estabelecimento de um enfermeiro de referência na área, e a criação de canais de comunicação. Ficou estabelecido, tendo em vista a optimização e a melhoria dos cuidados à criança, ao jovem e família de risco, que os elementos de referência de enfermagem neste serviço seriam estas enfermeiras (B1.1, B2.2).

Tive oportunidade de observar durante dois dias o funcionamento da Consulta de Pediatria da MAC verificando como os enfermeiros identificavam e sinalizavam as situações de risco neste espaço e como procediam ao respectivo encaminhamento. Poucas são, segundo as colegas, as situações de risco detectadas em consulta. Referiram um caso detectado há cerca de 2 anos: criança de 5 meses, filha de mãe

alcoólica, que no acto da consulta se mostrava muito reactiva ao toque, e que após observação médica se verificou ter contusões dispersas pelo corpo que se vieram a comprovar serem de agressão por parte da mãe. A criança foi institucionalizada e retirado o poder paternal.

A actuação do enfermeiro, em contexto de consulta, está muito associada a procedimentos técnicos. A avaliação do desenvolvimento é efectuada na consulta pelos médicos utilizando a “Escala de Denver”. Ao reflectir sobre que observei, penso que seria vantajoso existir uma consulta de enfermagem. Numa consulta de enfermagem de saúde infantil O EE em ESIP colabora com a família e os pais ou representantes num momento de crise e ajuda no desenvolvimento do seu papel parental, colaborando no desenvolvimento do processo de vinculação (OLIVEIRA 2009, p.209). Estas reflexões foram partilhadas com a enfermeira chefe da neonatologia e responsável pela consulta. A enfermeira chefe considerava ser necessário implementar uma consulta de enfermagem, mas o número reduzido de enfermeiros (2), impossibilitava a sua concretização.

Ainda neste grupo de actividades, considero relevante analisar o meu dia no “Apoio Domiciliário” da MAC. Este projecto tem como objectivo promover a articulação entre o serviço de Neonatologia da MAC, e a comunidade onde estão inseridos os recém-nascidos e famílias. Tive o privilégio de acompanhar um dos elementos da equipa de apoio domiciliário (Fisioterapeuta), durante um dia, nas visitas as famílias no terreno (APÊNDICE XVII), observando como procedem na actuação com estas famílias, permitindo-me desenvolver conhecimentos sobre as estruturas que funcionam na comunidade para acompanhar estas famílias (E1.1.10). O EE em ESIP deveria, em meu entender, integrar esta equipa. “Outras disciplinas também se podem concentrar na transição, mas a contribuição única da enfermagem é o seu objectivo de um aumento do bem-estar.” (SHIN E WHITE-TRAUT 2007 p.68). Este aspecto fornece à enfermagem uma perspectiva única. Só a enfermagem facilita as transições para aumentar a sensação de bem-estar. No caso das situações de risco, a nossa função como enfermeiros passa por envolver os pais ou representantes nos cuidados à criança, fornecer conhecimentos para que consigam desenvolver o seu papel parental, pelo que esta equipa multidisciplinar

devia integrar um elemento de enfermagem, fundamental para a prestação de cuidados à criança e família ou outros cuidadores.

4.4. Unidade Pluridisciplinar Assistencial do HSM

A escolha da Unidade Pluridisciplinar Assistencial (UPA), teve por base o conhecimento prévio de nesta unidade as crianças não necessitam de cuidados especializados, mas por motivo de problemas sociais ou maus tratos, precisam de permanecer internados até que a sua situação seja mais estável e se consigam outros apoios na comunidade (internamento em instituições ou deliberações de tribunal). O referencial teórico que rege a prática de cuidados tem por base o modelo de Nancy Roper e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Defini para este estágio dois objectivos, o primeiro está relacionado com a **compreensão da dinâmica funcional do serviço e a intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade, priorizando situações de risco** e o segundo está directamente ligado com o meu projecto, **compreender da intervenção e articulação do enfermeiro no processo de acompanhamento da criança, do jovem e da família de risco**

1 - Compreender a dinâmica funcional do serviço e a intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade priorizando situações de risco

Na prestação de cuidados, autonomamente e sob supervisão, à criança, ao jovem e família em contexto de internamento, tive a possibilidade de desenvolver capacidades e habilidades que consolidaram o conhecimento teórico que tenho vindo a adquirir em relação a esta área (E1;E2;E3). Desenvolvi competências na medida em que colaborei com o enfermeiro orientador na implementação e gestão de um plano promotor da parentalidade e da reinserção social da criança, do jovem e da família (E1.1), prestando cuidados centrados na família, dando resposta às necessidades de conhecimento, ensinando e apoiando os pais nos cuidados à criança e ao jovem, desenvolvendo técnicas de comunicação apropriadas á criança e família tendo em conta a sua própria cultura (E.3.3). O enfermeiro tem um papel fundamental no processo de acompanhamento da família e da criança, constituindo o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar. A comunicação entre equipas

de cuidados é primordial para uma coordenação dos cuidados integrais à criança, e é dever do EE em ESIP reconhecer quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde (C1.1.4).

Mantendo o fio condutor do meu projecto - a criança, o jovem e a família de risco, considerei importante avaliar, no processo de cuidar, a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6), de modo a identificar e prevenir problemas familiares. Segundo SANDERS, CANN, E MARKIE-DADDS (2003, p.155), a melhor estratégia é “... *enhance parental competence, prevent dysfunctional parenting practices, change parental attributions and promote teamwork between partners would reduce family risk factors associated with child maltreatment.*” Ao cuidar, o enfermeiro deve identificar no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos numa direcção à transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transicional.

Os primeiros anos de vida de uma criança influenciam a vida adulta, BOWLBY (1989) refere que adultos que sofreram na infância de algum tipo de abuso, tendem também a ser maltratantes, o que poderá tornar o processo da parentalidade mais difícil, pois respondendo às situações que lhes são apresentadas, com os mesmos modelos adquiridos na infância. Deste modo, as minhas intervenções com crianças, jovens e famílias foram promotoras do desenvolvimento infantil e de competências parentais, promovendo a parentalidade saudável (E1.1) e de forma a prevenir o abuso infantil.

A experiência deste estágio permitiu-me reforçar competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança e do jovem (E2.2). Nesta unidade, as estratégias farmacológicas e não farmacológicas de intervenção de enfermagem na gestão da dor e sofrimento da criança e do jovem não são harmonizadas. Para a execução de procedimentos, tive a oportunidade de observar os enfermeiros no uso do brincar, da distração e da música (E2.2.1; E2.2.3) utilizando, por vezes, a sacarose ou o EMLA®, no caso da venopunção (E2.2.2). Verifiquei que os enfermeiros têm ainda a preocupação de garantir a presença de um dos cuidadores durante a realização de procedimentos, esclarecendo-os previamente e à criança (E1.1.2). Considero que, na gestão da dor, ainda há um longo caminho a percorrer

no sentido de proporcionar a melhor qualidade de cuidados possível. De referir como positivo ter conhecido o “projecto de avaliação da dor” do HSM. Este projecto iniciou-se em Abril de 2011 e actualmente todos os serviços do Departamento da Criança e da Família fazem a avaliação da dor. Foram seleccionadas as escalas a utilizar por um grupo de enfermeiros, tendo posteriormente sido realizadas acções de formação nas equipas. A implementação deste projecto é de extrema importância para a uniformização das práticas dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e à família.

2 - Compreender a intervenção e articulação do enfermeiro no processo de acompanhamento da criança, do jovem e da família de risco

Durante o período de estágio as situações de risco com que me deparei diziam respeito não só a situações sociais e de insuficiência de cuidados prestados à criança por parte dos pais, mas também com doença crónica ou aguda que pela sua especial complexidade e vulnerabilidade constituíam risco. Trabalhar estas situações permitiu-me questionar sobre a minha prestação de cuidados, que passa também por referenciar situações que requerem maiores cuidados a outras instituições e profissionais de saúde e fez-me rever alguns aspectos de forma a melhorar os meus cuidados. O saber que adquirir neste período permitiu-me adquirir as ferramentas necessárias para otimizar as minhas respostas, no âmbito da detecção, actuação e articulação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco.

A prestação adequada de cuidados à criança, ao jovem e família, implica que os cuidados estejam centrados na família permitindo uma participação activa de todos. O cuidado centrado na família tem como objectivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família e restaurar o seu controlo e dignidade (PINTO et al 2010). Tendo por base estes princípios e sabendo que a situação de doença da criança é momento de transição como defende (MELEIS et al 2000), as minhas actividades tiveram por base dar suporte, respeitar, encorajar e desenvolver força e competência na família, consciente que esta é perita no cuidado à criança, dentro ou fora do contexto de prestação de cuidados de saúde (HOCKENBERRY 2007). Estar consciente destes aspectos permitiu-me identificar limitações, aferir dificuldades e adequar ensinamentos à criança, ao jovem e à família. No entanto, em internamentos que

se preconizam de curta duração, o nosso papel não pode ficar por aqui, é nossa obrigação também promover a continuidade de cuidados de enfermagem.

Consciente destes princípios, dei cumprimento à actividade: desenvolver o plano de cuidados de enfermagem nas situações de risco acompanhadas¹⁴ (APÊNDICE XVIII), procedendo ao seu posteriormente encaminhamento para os parceiros da comunidade, e elaborando, para o efeito, a nota de alta. O tempo de internamento na maioria das vezes não é suficiente para abordar estas famílias no sentido da promoção da parentalidade e prevenção do risco, mas pode ser uma forma de iniciar e preparar um processo de educação para a saúde a desenvolver pelas estruturas da comunidade.

A folha de colheita de dados e a de nota de alta que utilizei são as que se encontram em vigor no serviço (ANEXO VI). Estes documentos assentam no Modelo de Vida (Actividades da Vida Diária) de Nancy Roper. Não obstante o modelo de enfermagem em vigor no serviço, para a elaboração do plano de cuidados foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pois embora esta linguagem ainda não seja utilizada no serviço, permite uma uniformização dos conceitos, facilitando a comunicação entre profissionais. Daqui resulta a criação de padrões que representam a prática de enfermagem, permitindo posteriormente "... o planeamento e gestão de cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas" (OE 2009b, p.7).

O levantamento dos problemas e consequente intervenção, permitiu-me reflectir, tomando por base as aprendizagens teóricas e práticas desenvolvidas ao longo do projecto, e o referencial teórico aprofundado ao longo do meu percurso (Filosofia de Cuidados Centrados na Família e a Teoria das Transições de Afaf Meleis). Neste percurso apercebi-me que as crianças e famílias que eram identificados factores de risco, são objecto da intervenção de um conjunto de profissionais: Assistente Social, Psicóloga, Pediatra, Enfermeiro. A carta de alta/transferência é preenchida no momento da alta, pelo enfermeiro que nesse dia se encontra a cuidar da criança. Em

¹⁴ Pela sua extensibilidade a colheita de dados e a nota de alta com os levantamentos dos diagnósticos de enfermagem e a respectiva articulação com os serviços da comunidade, foram remetidos para anexo.

caso de necessidade de articulação com o Centro de Saúde da área da criança, ou outras estruturas da comunidade, o contacto é normalmente efectuado pela Enf.^a de apoio à gestão e EE em ESIP. A possibilidade de trabalhar estas situações e de efectuar contactos prévios à alta com os enfermeiros da comunidade permitiu-me desenvolver competências específicas (E1, E2, E3) do EE em ESIP, e comuns (B2.2, C1.1.3, C1.1.4).

Na aplicação do guião de entrevista à enfermeira orientadora e a colegas desta unidade, foram identificadas dificuldades na área dos maus tratos. A enfermeira orientadora considera existir um deficiente envolvimento da equipa, embora alguns elementos estivessem motivados para esta problemática. Os enfermeiros desta unidade referem ter dificuldade em contactar os Centros de Saúde. Esta dificuldade já tinha sido detectada noutros campos de estágio (MAC, e Urgência de Pediatria); a articulação com os recursos da comunidade ainda se efectua de forma pouco consistente e nem sempre são desenvolvidas as diligências adequadas (muitas vezes a nota de alta não é enviada para o centro de saúde da área da criança, nem se efectuam contactos telefónicos) e as intervenções não são uniformes e sistematizadas.

Tomando por base as competências comuns o EE em ESIP deve otimizar o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados que identifica (C2.1). O EE em ESIP deve intervir no seu contexto de trabalho, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, surgindo o enfermeiro de referência como uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade OE (2002).

Neste contexto, examinei estratégias que possibilitassem uma melhor articulação e continuidade de cuidados entre o Hospital e o Centro de Saúde, nos casos de risco detectados. As estratégias utilizadas para sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática dos maus tratos foram várias: partilhei conhecimentos adquiridos (através da prática e da pesquisa) e dificuldades encontradas ao longo do meu percurso. Uma das competências fundamentais do Enfermeiro Especialista, como consta no Modelo de Desenvolvimento Profissional

da Ordem dos Enfermeiros (2009a), é o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no qual deverá assumir a responsabilidade como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, tendo em vista os ganhos em saúde para os cidadãos. A Ordem dos Enfermeiros, relativamente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, refere que os enfermeiros devem ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, pretendendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão de recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem de forma a aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2002). Neste local de estágio, ficou estabelecido que o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e os Cuidados de Saúde Primários seria a EE em ESIP e elemento de apoio à gestão.

Tive conhecimento que vão ser realizadas acções de formação em serviço sendo uma delas sobre os “maus tratos a crianças e jovens”, pelo que foi solicitada a minha colaboração, por parte da enfermeira orientadora. Para a elaboração desta acção de formação utilizaram-se documentos actuais sobre a temática e apontamentos da pesquisa efectuada até ao momento, bem como sites úteis que os enfermeiros poderiam consultar e legislação actual (**www.dgs.pt** – Microsite dos Maus Tratos) (C2.2.1). A participação nesta formação e a observação do trabalho realizado pelos profissionais deste serviço, permitiu-me reflectir sobre a minha prática de cuidados levando-me a adquirir e desenvolver competências (B1, B2, C1.1).

De referir ainda, que no dia 18 de Janeiro de 2012 estive presente na **Acção de Formação “Enquadramento Jurídico e procedimentos legais dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco”** que decorreu na ARSLVT e foi coordenada pela Dr.^a Ana Perdigão (Jurista do IAC e dos ACES das Crianças e Jovens em Risco). Este momento permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos sobre a temática dos maus tratos a nível legal.

5. CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Partindo de todo o conhecimento adquirido, das experiências acumuladas e da reflexão ética, tornou-se exequível criação de um programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica, promotor da continuidade de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de risco, durante o estágio realizado na UCSP de Benfica (onde actualmente desempenho funções).

A construção de conhecimentos que fui trabalhando nas várias áreas permitiu-me obter contributos muito importantes para o meu desempenho como EE em ESIP, no cuidar da criança, jovem e família e contribuir para a promoção de boas práticas de cuidados à criança, ao jovem e família.

Foi muito enriquecedor passar na UCSP do Lumiar, SUP, NACJR, NHACJR, Neonatologia, CPCJ e instituições de acolhimento, permitindo-me reunir subsídios muito úteis para a minha prática de cuidados. As experiências vivenciadas levaram-me a um conjunto de reflexões e facilitaram a integração do conhecimento adquirido. Esses conhecimentos foram utilizados para estruturar os processos do NACJR de Benfica e no programa de formação para enfermeiros da UCSP de Benfica.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar, pude verificar, que, que as crianças e jovens referenciadas ao NACJR ou à CPCJ possuíam, em sistema SAPE, um alerta (n.º do processo e ano de referenciação). Introduzi este procedimento na Unidade onde exerço funções.

No estágio realizado na MAC destaco a estreita relação observada entre a pediatria e a obstetrícia nas reuniões do NHACJR, possibilitando a detecção e sinalização dos casos de risco desde a gravidez e permitindo uma actuação mais precoce no risco. Utilizei este conhecimento para criar uma Ficha de articulação interna entre a Saúde Materna e Planeamento Familiar e a Saúde Infantil. Esta Ficha é apresentada no “programa de formação para enfermeiros” e foi divulgada à equipa de enfermagem no decorrer das acções de formação.

Na UPA foi importante conhecer o trabalho desenvolvido pela enfermeira orientadora deste local de estágio, na área da articulação de cuidados. Esta enfermeira elaborou, em 2010, a “Norma de actuação na articulação de cuidados e preparação da alta da criança e família internadas na pediatria – piso 6”. Os contributos que adquiri ajudaram-me a construir uma grelha de contactos dos enfermeiros de referência nos NACJR e dos NHACJR

O desejo e motivação para iniciar a criação deste programa emergiram no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças, aos jovens e famílias de risco, através de um investimento ao nível da formação dos elementos da equipa de enfermagem, pretendendo-se assim contribuir para enriquecer e humanizar os cuidados que prestamos nesta vertente tão importante.

O Programa de Formação - “Cuidar no Risco” (APÊNDICE XIX) possui três fases. A primeira fase inclui sessões de formação, organização dos processos da criança, do jovem e família de risco num processo único; a classificação de processos do NACJR em nº e ano de sinalização; a criação de uma base de dados e posterior transferência de dados para a “Base de dados oficial” dos NACJR. E tem como principais objectivos:

- 1- Sensibilizar os enfermeiros da Unidade de cuidados Personalizados de Benfica problemática dos maus tratos infantis;**
- 2- Motivar os enfermeiros para o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos;**
- 3- Melhorar a continuidade de cuidados à criança, jovem e família de risco.**

De modo a atingir os objectivos do programa, desenvolvi sessões de formação: “O Papel do enfermeiro na continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco”. Nestas sessões, partilhei com os meus colegas, os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios na área dos maus tratos. No final das sessões apliquei um questionário de avaliação de modo a perceber o impacto para os profissionais. Das avaliações das sessões pude verificar que foi de importante para a equipa, não só pela contextualização feita sobre os fenómenos de maus tratos, mas também pelo papel do enfermeiro nesta área e a sua actuação aos três níveis de prevenção. Esta

actividade permitiu-me desenvolver competências na vertente da comunicação. Importante foi também a construção de um dossier com a informação existente sobre a temática para que os colegas possam consultar e os ajude a fundamentar a sua intervenção.

A existência de um enfermeiro de referência na área é importante para o acompanhamento das situações de maus tratos. Estes elementos foram identificados nos diferentes campos de estágio, e pretende-se alargar esta rede, procedendo à identificação de elementos de referência na área em cada uma das USF's.

Para além de ter realizados estas sessões, no meu contexto específico de trabalho, pretendo divulgar este projecto a todos os profissionais do Centro de Saúde de Benfica e posteriormente aos parceiros da comunidade (Escolas, CPCJ, Santa Casa).

A segunda e terceira fase do programa vão ser desenvolvidas de forma progressiva ao longo do tempo posposto para a sua elaboração (APENDICE XIX)

6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PERCURSO DE FORMAÇÃO

Ao incorporar a globalidade das experiências de estágio e concretizar o programa de formação, abordadas no capítulo anterior, considero que o desenvolvimento de competências, abrangeu todos os domínios comuns e específicos das competências clínicas especializadas (DR 2ª série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011).

O EE em ESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família. São áreas da sua intervenção o desenvolvimento do conhecimento em ESIP, o desenvolvimento de competências para os processos de cuidados, bem como a gestão estratégica e liderança em situações de grande complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, de modo a encontrar respostas inovadoras para os seus problemas de saúde e para as práticas de cuidados, maximizando as condições de saúde da criança e do jovem no contexto ecológico; intervir nos processos de decisão no domínio profissional e ético legal, no âmbito da especialidade e nos diferentes contextos de acção e intervenção activa, enquanto cidadão e profissional, na definição e consecução das políticas de saúde conducentes à melhoria da qualidade de vida da criança e do jovem.

De acordo com o regulamento¹⁵ relativo às competências Comuns “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”. Os referenciais teóricos de enfermagem permitiram uma avaliação global das necessidades e contribuíram para um cuidar holístico. Foi minha preocupação prestar cuidados centrados na criança e na família, implementando e gerindo de um plano de saúde promotor da parentalidade e da reinserção social, de forma a dar resposta às necessidades de conhecimento ensinando os pais, contribuído para uma parentalidade saudável. Estas actividades

¹⁵ Regulamento n.º 122/2011, Publicado em Diário da Republica 2.ª Série, nº 35, 18 de Fevereiro de 2011

tiveram por suporte uma prática de cuidados baseada na responsabilidade profissional, ética e legal, no sentido da valorização do enfermeiro como profissional de saúde que assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança e cuja prática deve assentar numa fundamentação ética, deontológica e jurídica. Em contexto de trabalho foi possível acompanhar e dirigir processos de tomada de decisão, em situações de crianças em risco e ao mesmo tempo promover a reflexão ética dentro da equipa de enfermagem. A “salvaguarda dos direitos da criança” e a sua “protecção contra qualquer forma de abuso” (OE 2007c, p.2) foram os princípios orientadores da minha actuação.

Por ordem decrescente atribui-se lugar de destaque ao domínio das competências específicas do EE em ESIP desenvolvidas de forma transversal ao longo do projecto e dos estágios. O assistir a criança, o jovem e a família na maximização da sua saúde, foi sem dúvida a competência mais desenvolvida e trabalhada. O foco da minha atenção ao longo dos estágios foi a criança, o jovem e a família de risco. Estas situações exigem, por parte do enfermeiro, conhecimentos e habilidades específicas de modo a dar resposta às necessidades complexas e múltiplas das crianças, jovens e famílias. A interligação das competências é incontestável, pelo que considero que nas interacções estabelecidas com a criança, jovem e sua família foi atribuída igual atenção ao cuidar nas situações de especial complexidade. Nestas interacções procurei estabelecer uma relação de parceria com os mesmos, investindo ao nível das relações interpessoais e da comunicação, essenciais na actuação do EE em ESIP. Esta competência foi também ampliada nos diferentes locais de estágio através das relações profissionais estabelecidas com os enfermeiros e restantes elementos da equipa. Neste período procurei fomentar o diálogo e partilha de informação sobre experiências com os vários profissionais.

A gestão da dor foi explorada de forma transversal em todos os campos de estágio. É dever do enfermeiro promover o seu alívio, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. No percurso de aprendizagem foram estudadas e desenvolvidas intervenções que minimizassem o sofrimento da criança nos procedimentos invasivos, garantindo à criança sentir-se “tratada e não maltratada” (FINKEL 2007).

As competências do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais foram desenvolvidas na medida que as actividades de estágio se basearam em padrões de conhecimento consistentes, adquiridos através da leitura de artigos de investigação credíveis e actuais e da revisão sistemática da literatura. O EE tem a responsabilidade de facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, tendo em vista os ganhos em saúde para os cidadãos. A OE defende, relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002), a importância da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, que promova o desenvolvimento profissional, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

No que se refere ao programa, desenvolvido na UCSP de Benfica, a principal fonte de aquisição de competências refere-se aos domínios da Gestão de Cuidados e Gestão da Qualidade. Pretendia-se que o programa “Cuidar no Risco” melhorasse a qualidade dos cuidados prestados à população em estudo, fornecendo, numa primeira fase, conhecimentos à equipa de enfermagem de modo a promover a orientação e normalização das práticas. A criação deste Programa possibilitou-me o desenvolvimento de habilidades, ao nível da “análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados” (DR, 2ª série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011), incluindo um sistema de avaliação dos resultados. Pretende-se que estes processos de avaliação sejam continuados mediante uma supervisão clínica tendo como base os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros. O programa de formação será desenvolvido no período de três anos. Ao liderar este processo é meu desejo aperfeiçoar competências na área da supervisão clínica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assistimos nas últimas décadas, graças à tecnologia, a uma diminuição da mortalidade infantil e a um aumento da sobrevivência de bebés com uma maior imaturidade, malformações congénitas e doenças crónicas. Este facto confere uma crescente complexidade no processo de cuidar, assente numa filosofia de cuidados centrados na família, à qual o EE em ESIP deverá ser capaz de dar respostas consistentes às necessidades de saúde da população - alvo, garantindo cuidados de enfermagem de excelência. Os cuidados de enfermagem precisam de ser cada vez mais competentes, eficazes e seguros. Exige-se aos enfermeiros não só um saber-fazer mas um saber-ser, pautado por uma postura profissional responsável e segura, assente na ética profissional e numa relação de proximidade com os clientes.

O percurso de aprendizagem ao longo deste processo de formação foi muito desafiante e exigente, constituindo-se, ao mesmo tempo, num processo aliciante e motivador. Neste período foram desenvolvidas as competências comuns do EE, no domínio da concepção, gestão, supervisão de cuidados, formação e investigação. As competências específicas da área de EE em ESIP foram também desenvolvidas através de uma análise metódica das necessidades de saúde da criança, do jovem e da família de risco, nas várias etapas do ciclo de vida, nos diferentes contextos. As minhas decisões basearam-se na responsabilidade profissional, ética e legal, assentes no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro. As experiências vivenciadas possibilitaram-me momentos de reflexão, facilitadores da integração do conhecimento adquirido, dinamizando a tomada de consciência do aprendido.

Durante o meu percurso contactei com diversas estruturas, como os NACJR e NHACJR, a CPCJ, no sentido de obter uma visão mais completa do Sistema de Protecção de Crianças e Jovens Português. O trajecto adoptado teve como finalidade a construção do Programa de Formação para enfermeiros da UCSP de Benfica. Este programa tem especial enfoque na articulação e continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco. O reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra as crianças deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde.

Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência destas situações requer não só habilidade, como sensibilidade e compromisso com a causa da protecção das crianças e jovens. É essencial que os enfermeiros utilizem o conhecimento científico de forma a detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir situações de maus tratos. Profissionais habilitados e especializados nesta área permitirão, em muitos casos, uma resolução das situações em fases mais precoces, prevenindo a ruptura familiar. A sua intervenção nesta matéria insere-se numa lógica de multidisciplinaridade e articulação entre diversas instâncias, cabendo-lhe, nos diversos contextos de intervenção, assumir o seu papel na prevenção, detecção precoce, intervenção e encaminhamento das situações.

Foi difícil em diversos momentos, conciliar os estágios e o desenvolvimento do projecto, com a vida profissional e pessoal. Limitador foi também em alguns contextos, o facto de os compromissos profissionais por parte dos EE em ESIP e dos enfermeiros orientadores, não terem possibilitado algumas experiências (ou em maior número) que poderiam ter sido relevantes para complementar o meu projecto de aprendizagem. Dou como exemplo a visita domiciliária, e a saúde escolar na UCSP do Lumiar, e a presença menos assídua nas reuniões e actividades do NHACJR do HSM.

Apesar das limitações considero que os objectivos e as metas do projecto foram atingidos. De referir como pontos reveladores de continuidade deste projecto:

- O contacto em Janeiro de 2012, por parte da Enfermeira Chefe da MAC para replicar as Acções de Formação.
- Os contactos entre os enfermeiros de referência estarem a ser efectuados, entre o Hospital de Santa Maria e o CS, de modo consistente desde Fevereiro deste ano,
- As Folhas de referência, nas situações de risco identificadas em contexto de triagem, começaram a ser enviadas, de modo consistente e com contacto telefónico prévio desde Fevereiro deste ano.









De salientar que foi no meu contexto de trabalho que melhor consegui desenvolver a prática de EE em ESIP. Aqui pude assegurar cuidados a crianças com especial complexidade, nomeadamente risco de saúde e risco social, que me














permitiram atender (numa perspectiva holística) às suas necessidades globais e estabelecer uma relação de proximidade e confiança. O conjunto de medidas instituídas visou a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, a nível pessoal e da equipa de enfermagem.

Profissionais sensíveis para esta temática e conhecedores dos modos de actuação, são profissionais mais habilitados para cuidar e encaminhar situações de maus-tratos, traduzindo-se este facto em ganhos para a saúde da população. A concretização do programa promoveu o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios sendo um estímulo para continuar a trabalhar num projecto que se apresenta exequível. Este projecto corresponde ao início de uma prática de cuidados à criança, ao jovem e família de risco que pretendo continuar na minha actividade profissional.














8. BIBLIOGRAFIA

8.1. Referências Bibliográficas











-  ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (a) (2011) – Casuística dos NACJR e NHACJR – NACJR do Lumiar, 2010.
-  ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (b) (2011) – Casuística dos NACJR e NHACJR – NHACJR de Santa Maria, 2010.
-  ADAMS, B. (2005). Assessment of child abuse risk factors by advanced practice nurses. **Pediatric Nursing**, 31(6):498-502. . Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
-  ABEJAR, M., PARRA, M. (1990) – Communication Terapêutica y Cuidado. **Revista de Enfermeria Rol**. Barcelona. ISSN 0210-5020. nº 147 (Novembro) 123-128.
-  AMARO F. (1986) - Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade, **Cadernos do CEJ**, 2:113,
-  BERRY, A.; BROUSSEAU, D.; BROTANEK, J.; TOMANY-KORMAN, S.; FLORES, G. (2008) – Why do parents bring children to the emergency department for nonurgment conditions? A qualitative study In **Ambulatory Pediatrics**, 8(6), (Novembro/Dezembro, 2008), 360-367. Retirado de: EBSCOhost, em Junho de 2011
-  BLACKBURN, Susan; VANDERBERG, Kathleen (1993) – **Assessment and management of neurobehavioral development**. BRUEGGEMEYER, Ann; GUNDERSON, Laurie; KENNER, Carole – Comprehensive Neonatal Nursing: a physiologic perspective. USA: W.B. Saunders Company. ISBN 0-7216-2992-X. p.1100-1127
-  BENNER, P. (2005) - **De Iniciado a Perito**. Tradução de Ana Albuquerque Queirós. 2ª ed. Coimbra: Quarteto ISBN: 989-558-052-5.
-  BENNER, P. De Jong, M, BENNER, R., RICHARD, M., KENNY, D., KELLEY, P.; DEBISETTE, A. (2010) Mass casualty care in an expeditionary environment: developing local knowledge and expertise in context In: **Journal Of Trauma Nursing: The Official Journal of The Society Of Trauma Nurses**, 17(1), Janeiro-Março, 2010), 45-58. Retirado de EBSCOhost, em Junho de 2011
-  BOWLBY, John (1989) – **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 1989, 170p.
-  CANHA, Jeni (2002) - A Criança Vítima de Maus Tratos. MACHADO, Carla; GONÇALVES, Rui – **Violência e Vítimas de Crimes – Vol. 2- Crianças**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8747-x. p.13-36.

-  CASEY, A. (1995) - Partnership Nursing: influences on involvement of informal cares, **Journal of Advanced Nursing**, 22, 1058-1062, Retirado de EBSCOhost, em Junho de 2011
-  CHICK, N. MELEIS, A.I., (1986) - Transitions a nursing concern. In: chin, P.I. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen. P. 237-257, in in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice** (2010) p 24-38, ISBN 978-0-8261-0535-6,
-  COUTINHO, M. T. (2004) - Apoio à família e formação parental. **Análise Psicológica**, 1 (XXII), 55-64.
-  CURTIS, S. [et al] (2007) - A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in a pediatric emergency department. **BMC Pediatrics**. Vol. 727(2007)
-  DESPACHO DA MINISTRA DA SAÚDE N.º 31292/2008, publicado no DR – II Série, nº 236 de 05/12/2008 (Acção de Saúde Para crianças e Jovens em Risco)
-  DECRETO - LEI nº 147/99 – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. **Diário da República I Série A** (1/09/99)
-  DICIONÁRIO (2011) – Porto Editora Online. Disponível em: <http://www.portoeditora.pt/alp/dol/dicionarios-online/> consultado em 20 de Junho de 2011
-  FARRELL, Michael (1994) – Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. **Nursing**. Lisboa. 74 (1994) 27-28
-  FERNANDO.V., LEVY M. L; C.;TERESA (2009) Anotações Carta da Criança Hospitalizada, Lisboa, **Instituto de Apoio à Criança**, 2ª Edição
-  FINKEL, L. A.(2007) - Brincar ensina a viver: As representações psicológicas dos procedimentos invasivos. **Revista Eletrônica do INCL**. Nº3 (2007). Disponível em: http://incl.rj.saude.gov.br/incl/rev_3/brincar.asp. acedido em 21 de Junho de 2011
-  FORTIN, M.F. (2003) - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures, Portugal: Lusociência;ISBN:972-8383-10-x
-  FLAHERTY, E., SEGE, R., BINNS, H., MATTSON, C. AND CHRISTOFFEL, K. (2000) - Health care providers experience reporting child abuse in the primary care setting. **Archives Pediatric and Adolescent Medicine**, 154(5):489-493. . Retirado de EBSCOhost, em Junho de 2011
-  FAGAN, D. 1998. Child abuse and neglect: knowledge and practice of the A and E nurse. **Accident and Emergency Nursing**, 6(1):30-35. Retirado de EBSCOhost











- 📖 GASPARDO, C., LINHARES, M., MARTINEZ, F. (2005) - A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da Literatura. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81 nº6 (2005). P. 435-442.
- 📖 GASPAR, M (2003) - Otrabalho com pais na prevenção do comportamento anti-social. In **Alberto [et al]** (Orgs.). Comportamento Anti-social: escola e Família: Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra
- 📖 HOCKENBERRY, J. et al (2006) -**Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**, 7 ed. Brasil, Elsevier, ISBN 85-352-1918-8,
- 📖 INSPECÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO (2009) - **Avaliação Externa das Escolas: Agrupamento de Escolas do Alto do Lumiar** – Lisboa. 2009.
- 📖 LOPES, M. (2000). A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação. **Sinais Vitais**. (30). Coimbra. pp. 35-42.
- 📖 LING, M. AND LUKER, K. (2000) - Protecting children: intuition and awareness in the work of health visitors. **Journal of Advanced Nursing**, 32(3):572-579. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 LAND, M., & BARCLAY, L. (2008). Nurses' contribution to child protection. Neonatal, **Pediatric & Child Health Nursing**, 11 (1), 18. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 MURPHY, S.A. (1990) Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. **Holistic Nursing Practice**, v.4, n.3, p. 1-7
- 📖 MAGALHÃES, Teresa (2005) – **Maus-tratos em crianças e jovens**. Coimbra: Quarteto, 144p. ISBN 989-558-074-6
- 📖 MANO, Maria João (2002) – **Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais**. Referência. Coimbra, ISSN 0874-0283.8 (2002) 53-61
- 📖 MELEIS, A.I. (1975) - Role insufficiency and role supplementation. A conceptual framework. Nursing research, 24, 264-271 in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice** (2010) p. 13-23, ISBN 978-0-8261-0535-6
- 📖 MELEIS, A. F. [et al] (2010)Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in **Nursing Research and Practice** ISBN 978-0-8261-0535-6 p.641
- 📖 MELEIS, A.I; [et al] (2000) - Experience Transitions: A Middle-Range Theory in **Advances in Nursing Science**, ISSN 1550-5014, 23(1), 12-28
- 📖 MELEIS, A. (1991). **Theoretical nursing: Development and progress**. 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

-  MONTEIRO, M. A. J. (2003) - **Parceria de cuidados. Experiência dos pais num hospital pediátrico**. Dissertação do Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos**. Lisboa. Ordem dos enfermeiros
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007a) – **Proposta de sistema de individualização de especialidades em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 21p
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007b) – **Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados**, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 12p
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007c) – **A protecção de Crianças – Enunciado de Posição**. 15 de Março de 2007. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf, acedido em Abril de 2011
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros**, Série I, Número I, 2008. ISBN: 978-972-99645-9-5
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/ Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b) - Conselho Internacional De Enfermeiros **Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE**. Programa da classificação internacional para a prática de enfermagem, Ordem dos Enfermeiros, 22p ISBN 978-989-96021-6-8
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediatria**. Série I, Vol. 1, nº 3. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-844-00-4.
-  ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004) – **Método Madre Canguro: Guia Prática**. Genébra: Organização Mundial de Saúde, 2004, 56p. ISBN 9243590359
-  PILTZ, A., & WACHTEL, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. **Australian Journal of Advanced Nursing**, 26(3), 93-100. Retirado de EBSCOhost. em Junho de 2011
-  PINTO, J. RIBEIRO, C., PETTENGILLI, M., BALIEIRO, M. (2010) – Cuidado Centrado na Família e a sua aplicação na enfermagem pediátrica. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.63, nº 1, (Janeiro - Fevereiro 2010), 132-135- retirado de SciELO. em Junho de 2011
-  PAAVILAINEN, E., ASTEDT-KUKI, P., PAUNONEN-ILMONEN, M. AND LAIPPALA, P. (2002a). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. **Journal of Advanced Nursing**, 37(6):551-557. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011

- 📖 PAAVILAINEN, E., MERIKANTO, J., ASTEDT-KUKI, P., LAIPPALA, P, TAMMENTI E, T. AND PAUNONEN-ILMONEN, M. (2002 b). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. **International Journal of Nursing Studies**, 39(3):287-294. . Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 PATEL, V.; GUTNIK, L.; KARLIN, D.; PUSIC, M. (2008) – Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. In **Advances in Health Sciences Education: Theory And Practice**, 13(4), (Março 2008). 503-520. Retirado de EBSCOhost. em Junho de 2011
- 📖 PORTUGAL- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**. 2ª Edição. Lisboa: DGS.ISBN 972-675-084-9
- 📖 PORTUGAL: DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) (2006) – **Programa Nacional de Saúde Escolar - PNSE** (Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.
- 📖 PORTUGAL: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2008) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde (Documento Técnico)**. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1850421D-5FD7-45F4-BB3A-CB66499CFB96/0/AccaoSaudeCriançasJovensRisco.pdf>, acedido em Maio de 2011
- 📖 PORTUGAL - DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) **Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**. (Acção de saúde para crianças e jovens em risco)
- 📖 PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2003) – **A Dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS.
- 📖 PINHEIRO, M.F. (1994) – Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. **Servir**. Lisboa. Vol. 42, nº6 (Novembro/Dezembro 1994). p. 319-331.
- 📖 POLIT, D; BECK, C; HUNGLER, B. (2004) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, ISBN 85-7307-984-3
- 📖 REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R.II Série-E**. 35 (2011-02-18), p. 8648-8653.
- 📖 REGULAMENTO nº 123/2011. **D.R.II Série-E**. 35 (2011-02-18), p. 8653-8655.
- 📖 SCHECHTER, Neil L. *et al* (2007) – Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. **Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics**. Vol. 119, nº 5. ISSN 1098-4275. P. 1184-1198.
- 📖 SETEVENSON, O. (1993) – **La atencion ai nino maltratado: Política pública y práctica profesional**. Barcelona: Paidós.

-  SANDERS, Matthew R; CANN, Warren; MARKIE-DADDS, Carol (2003) – The triple P- Positive parenting program: a universal population – level approach to the prevention of child abuse. **Child Abuse review** (s.i.) ISSN 1099-0852.12, p.155-171 (www.interscience.wiley.com), acedido em Outubro de 2011
-  SHIN, H., & WHITE-TRAUT, R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 58(1), 90-98
-  SILVA, A.; FERREIRA, C.; FORMIGO, C. (2002)- Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados. In: **Informar**. Porto. Janeiro-Abril. P. 60-64.
-  SOARES, N.F. (1997a) - Crianças em risco: passado e presente. Alguns contributos para a compreensão histórico social da problemática das crianças maltratadas e negligenciadas. **Revista do Instituto de Reinserção Social- Infância e Juventude**. Jan./Mar (1).
-  TORREZ, V. (2006) Child protective services, in **Legal Eagle Eye Newsletter for the Nursing Profession**, April, p.7
-  UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) (2004) – **Convenção sobre os Direitos das Criança**. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf, acedido em Abril de 2011
-  VASCONCELOS, A.; CARDOSO, B. M.; BARROS, M. ALMEIDA, H. - (2011) - Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica – 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, **Acta Pediátrica Portuguesa**; 42(1): 8-11
-  WOLKE, Dieter (1995) – Um ambiente estimulante para os bebés na Unidade de Cuidados Intensivos.**Bebé XXI: Criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 251- 269
-  WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (ISPCAN) (2006) - **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva, 2006. ISBN 978-92-4-159436-3
-  KEMPE, R; KEMPE, H. (1982) - **Ninos Maltratados**. Madrid: Morata.

8.2. Bibliografia Consultada

-  BLAKELEY, J. AND RIBEIRO, V. (1997) - Community health and pediatric nurses' knowledge, attitudes and behaviors regarding child sexual abuse. **Public Health Nursing**, 14(6):339-345. Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
-  BLASKETT, B. AND TAYLOR, S. (2003) - Facilitators and inhibitors of mandatory reporting of suspected child abuse. Prepared for the Criminology Research Council (grant number 9/01-02). Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
-  AUSLOOS, G. (1996) - **A competência das famílias – tempo, caos e processo**. Coleção Sistemas, Famílias e Terapias. Lisboa: Climepsi Editores.
-  AZEVEDO, M. C. & MAIA, A. C. (2006) - **Maus-tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores.
-  BARROS, Luísa (2001) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de promoção do desenvolvimento. CANAVARRO, Cristina – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p.296-315
-  COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPCJR) (2010) - **Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens – 2009**. Lisboa, 2010. Disponível em: **www.cnpcjr.pt**, acedido em Maio de 2011
-  COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPCJR) - O que são as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. Disponível em: **http://www.cnpcjr.pt/left.asp?0201**, acedido em Junho de 2011
-  COTRALHA, Nuno Redol (2007) – **Adaptação Psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes**. Lisboa Dinalivro, 240p.
-  CARDOSO, Susana; MANITA, Celina (2004) – Mulheres toxicodependentes: o género na desviância. **Revista Toxicodependências**. Lisboa, ISSN 0874-4890. 10(2) p. 13-25
-  CARPENITO, Lynda Juall (1999) – **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e problemas colaborativos**. 2.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999, 739p. ISBN 85-7307-500-7

- 📖 DECRETO - LEI nº 48/90, **DR – I Série – A** nº 204 (Lei de Protecção de crianças e jovens em perigo)
- 📖 FERNANDES, Patrícia (2003) – **O enfermeiro como promotor da relação precoce pais-bebé prematuro internado numa Unidade de Cuidados Neonatais**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa, 2003. 1º Curso de Licenciatura em Enfermagem
- 📖 INSPECÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO (2009) - **Avaliação Externa das Escolas: Agrupamento de Escolas do Alto do Lumiar** – Lisboa. 2009
- 📖 LOPES, S. & FERNANDES, P. G. (2005) - *O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem* em **Sinais Vitais**. Nº. 63. Novembro. p. 36-42
- 📖 LAZENBATT, A. AND FREEMAN, R. (2006). Recognizing and reporting child abuse: a survey of primary healthcare professionals. **Journal of Advanced Nursing**, 56(3):227-236. . Retirado de EBSCOhost em Junho de 2011
- 📖 MAGALHÃES, Teresa (2002) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens** – Guia Prático para Profissionais. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8717-39-3.
- 📖 MAURER, T. (2010) – O Enfermeiro no Acolhimento com classificação de risco na emergência Pediátrica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010
- 📖 MACHADO, C; GONÇALVES, M, VILAS-LOBOS, A (2003) – Crianças expostas a múltiplas formas de violência. In Machado e Gonçalves – **Violência e vítimas de crime, Vol. 2** – Crianças 2.^a Ed. Coimbra: Quarteto Editora, ISNB 972-8747-44-X
- 📖 MECER, R. T. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. Nursing Scholarship, 36(3), 226-232 in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice** (2010) p. 94-102, ISBN 978-0-8261-0535-6
- 📖 MELEIS, A. F. (1992) - Directions for Nursing Theory Development in the 21st Century, **Nurs. Sci, Q**: 5-112 disponível em:
<http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/5/3/112>, acedido em 20 de Junho de 2011
- 📖 MELEIS, A. F. TRANGENSTEIN, P., A., (1994) Facilitation transitions: Redefenition of the Nursing Mission, **Nursing Outlook**, 42(6) p.255-259in **Transitions Theory:**

Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice(2010) p. 52-65, ISBN 978-0-8261-0535-6

📖 MESSIAS, A. (2004). **Transiciones – Teorías de Rango Médio.**

<http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones> Messias Bogotá 2004.doc acedido a 20/10/2011

📖 MARTINET, Serge (2008) – Toxicomania e gravidez, in Bayle, Filomena; Martinet, Serge (2008) – **Perturbações da Parentalidade.** Lisboa Climepsi, p. 248-256 ISBN 972-796-299-0

📖 MOREL, Alain; HERVÉ, François; FONTAINE, Bernard (1998) – **Cuidados ao toxicodependente**, 1ª Edição. Lisboa: Climepsi, 318p. ISBN 972-8449-15-1

📖 MINUCHIN, S., MINUCHIN, P. & COLAPINTO, J. (1998). **Working with the families of the poor.** New York: The Guilford Press.

📖 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - **Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Plano Estratégico 2007 – 2009.** Lisboa. 2007

📖 MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – 2011**
Disponível em: **<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>**

📖 OLIVEIRA, Maria Helena (2009) - Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica, **Revista Nursing.** Lisboa, ISSN0871-6196.243p. 18-23

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS, International Council Of Nurses (2005) – **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem versão 1.0** Genebra: ICN, 2005, 210 p.

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009c) – **O acesso à informação de saúde das pessoas, pelos enfermeiros.** Parecer Conselho Jurisdicional 105/2009

📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009d) – **Código Deontológico** (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).
Disponível em: **<http://www.ordemdosenfermeiros.pt>**

📖 PAPALIA, D.E. et al (2009) “ **O Mundo da Criança – Da infância à adolescência**“, São Paulo, McGraw-Hill, 11 ed.

📖 PORTUGAL: ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2009) - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008.** Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-96263-0-0

- 📖 PORTUGAL: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE et al (2010) – Protocolo entre a Direcção Geral da Saúde e a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- 📖 REGULAMENTO nº 122/2011. **D.R.II Série-E.** 35 (2011-02-18), p. 8648-8653.
- 📖 ROLIM, Luísa; CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – Perdas e Luto durante a gravidez e puerpério. CANAVARRO, Cristina – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5. p. 255-96.
- 📖 SHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. (1994) - Transitions: a Central Concept in nursing, in **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice** (2010) p. 38-52, ISBN 978-0-8261-0535-6.
- 📖 SOARES, N. F. (1997b) - Direitos da Criança: Utopia ou realidade. **Revista do instituto de Reinserção social- Infância e Juventude**. Out./Dez. (4)
- 📖 TOMEY, ANN MARRINER (2004) – Os elementos da enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOD, Marta Raile – **Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**, 5ª ed. Loures Lusociência, 2004. p. 405-420. ISBN 972-8383-74-6
- 📖 UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) (2003) - A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. **Innocenti Report**, nº 5 (Setembro2003).
- 📖 UNITED NATIONS (UN) (2006) – PINHEIRO, P. - **World Report on Violence Against Children**. 2006
- 📖 WOISKI, R; ROCHA, D. (2010) – Cuidado de Enfermagem à Criança Vítima de Violência Sexual Atendida em Unidade de Emergência Hospitalar. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. Vol. 14, nº1 (Janeiro/Março 2010). P. 143.150.